

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Contribución al estudio del estado actual de la cirugía
gástrica : gastrostomía, gastro-enterostomía, gastrectomía**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

José de Unzaga

Madrid, 2015

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGIA GASTRICA.

GASTROSTOMIA - GASTRO-ENTEROSTOMIA - GASTRECTOMIA.



MEMORIA PARA ASPIRAR AL GRADO DE DOCTOR.

P R E F A C I O.

Excmo Señor:



Llegado al término académico de mis estudios universitarios, gracias al favor y apoyo que me han prestado constantemente mis maestros, y deseando aspirar al Grado de Doctor, ya nada me restaba, sino la presentación de una memoria doctrinal ó de investigación propia como está decretado.

La elección de materia es libre. Pero esto que parece una gran comodidad, no deja de convertirse en seria dificultad, cuando no se posee otro bagaje científico que el que yo he llegado á alcanzar aún á pesar del favor sostenido de que antes hablaba, que se me ha prestado en esta casa y que yo tan profundamente agradezco.

Mis aficiones me han llevado siempre por el gran arte de la Cirugía. Será debido á la admiración que me han sabido inspirar maestros como el Doctor Giménez, Recasens, Ribera, al través de fecundos días de

labor y estudio?

Aún tiempo mismo he tenido la fortuna de estar de interno agregado á la Clínica del Doctor Ribera durante dos años. Yo me apresuro á hacer constar mi agradecimiento á él antes de entrar en materia.

¡A su lado he recibido tantos consejos, tantas enseñanzas, me ha dispensado tanta bondad!....

Mi maestro el Doctor Ribera que si sobresale, en todas y cada una de las partes del arte quirúrgico, como es notoriamente reconocido y ahí están sus excelentes tratados de Patología Quirúrgica, Clínica Quirúrgica, Muertes post-operatorias, Tuberculosis genital, Quistes hidatídicos, &c. &c. ha sabido ejecutar con éxito, operaciones atrevidas seguidas de gran éxito terapéutico.

Yo me he permitido la libertad de comentarlas en su mayor parte en esta memoria.

Trasladado al extranjero, con el objeto de ampliar mis conocimientos en lo que me fuera posible y habiendo recorrido las principales

clínicas de París donde se hace Cirugía de estómago ha querido hacer un estudio crítico sobre esta parte del arte quirúrgico, una de las que han avanzado más estos últimos años.

Qué pena grande que en el extranjero aún en Francia donde parecen prestarnos más atención, sean tan desconocidos los esfuerzos que los cirujanos españoles desde Argumosa y Creus vienen realizando afortunadamente para la ciencia. Sin desanimarse sin embargo efectivamente en las monografías que yo me he tomado el trabajo de hojear hay citaciones para todos, después de los alemanes hasta los italianos, sin que una palabra para esta Patria, chica en amores grande, como ha dicho alguien, gloria de esta casa. Sin embargo hay un autor Boeckel que cita algunos casos del Doctor Ribera.

La cirugía del estómago es una de las partes del arte quirúrgico que ha hecho más adelantos en estos últimos años, los más grandes progresos, y á tomado al mismo tiempo la mayor extensión. Como puede decirse con el Doctor Mompouit que las afecciones crónicas de

este órgano han venido á ser completamente quirúrgicas, y que ningún otro tratamiento es verdaderamente eficaz contra ellas. ¿Cómo intervenir de otra manera, contra el cancer, las gastritis hipopépticas llenas de fermentaciones y de digestiones funestas á la economía general, contra la úlcera redonda, sangrante y amenazadora de la más profunda anemia, en las gastritis hiperpepticas por no hablar de los traumatismo y cuerpos extraños, casos nunca dudados ni indecisos aún desde el comienzo de la cirugía?

Naturalmente que las nuevas condiciones de anestesia, antiespasmódica, perfección técnica operatoria, &c. han simplificado extraordinariamente la cuestión pero con todo es indudable que la Cirugía de estómago ha dado un inmenso paso. No diremos, como alguien ha afirmado, que la laparotomía en las afecciones del estómago se debe practicar con la misma inocuidad y la misma asiduidad, que el bicarbonato de sosa pero también hay que tener en cuenta que la cuestión en los momentos actuales cambia. El antiguo horror á las intervencio-

nes en el vientre, ya no existe.; Para confiar toda la terapéutica de las enfermedades del estómago a la medicina, interna.

La Biología experimental después de interesantes estudios y trabajo nos ha demostrado á su vez la posibilidad de vivir sin estómago entonces á que dudar en los casos en que el estómago en vez de causa y origen de la vida se convierte en causa de la ruina de la economía.

Todas estas razones y otras muchas sin duda han impulsado al arte en busca de valiosas soluciones, la gastro-enterostomia en los casos de cancer, generalizado mismo no debe ser desechada, pues que es un inmenso alivio el que se proporciona al enfermo, aparte de que se detiene la evolución del mal.

No es extraño que este asunto haya sido estudiado estos últimos años con amor. La cirugía del estómago como he dicho antes ha sido una de las ramas que más ha avanzado en el arte quirúrgico.

Tratar de resumir esta labor en un estudio sintético no deja de

ser una tarea árdua para mí, ipero es que en esta empresa no me acompañará como siempre el favor y la benignidad con que me acogen siempre en esta casa; Tendría yo en lo demás la pretensión de emprender tal empresa;

La Cirugia del estómago comprende una serie de operaciones que en su esencia están reducidos á los tipos siguientes:

La Gastrectomia, Gastrostomia, Gastros-enterostomia, Gastropepsia, Gastrorafia.

En realidad las operaciones se han reducido gracias á las ventajas en el arte operatorio y al éxito clínico á tres grupos principales. El grupo de las Gastrostomias, el de las Gastro-enterostomias y el de las Gastrectomias.

Las operaciones sobre el píloro y el cardias, aunque teóricamente muy recomendables, en la práctica van desechándose más y más. Entre

-7-

obedece á que pocas veces la lesiones son tan limitadas que puedan indicarlás.

G A S T R O S T O M I A.

Se describe bajo el nombre de Gastrostomía, la abertura permanente del estómago, la creación de una boca estomacal. Y se practica sea para permitir la entrada directa de los alimentos en el estómago que es lo más frecuente, ó también para actuar sobre el píloro ó sobre el cardias y exófago en los casos de estrechez y practicar la dilatación gradual, hecho que á pesar de las indicaciones múltiples que parecen existir á primera vista, en clínica no se practica más que rara vez.

Claro está que la Gastrostomía entraña como primera parte la Gastrotomía simple de la que nosotros no vamos á tenernos que ocupar.

El hecho fisiológico por decirlo así perseguido por la Gastrostomía es el establecimiento de lo que se puede llamar una fístula gástrica.

Las primeras ideas teóricas de la operación aparecen en mil ochocientos

cientos treinta y siete por Hgeberg que en una memoria leída á la Sociedad Médica de Cristiania, indica los medios de poder llevarla á cabo. Esta comunicación presentaba la ventaja de estar apoyada en un caso práctico, el Canadiense, William Beaumont que á consecuencia de un traumatismo padecía una fístula grástrica, que sirvió para los primeros estudios formales de la motilidad estomacal.

Inmediatamente empezaron los primeros ensayos de cirugía y fisiología comparada Blondt trató de realizarlo en los perros, la fístula era muy difícil conseguirla los animales sucumbían víctimas de la peritonitis.

La historia de la operación continua basándose en lo que la clínica aportaba diariamente, heridas y traumatismos que terminaban generalmente de la manera más desgraciada.

Sin embargo Sedillot comprendiendo el misterio de la infección peritoneal trató de evitarlo, valiéndose la primera vez de una cánula, que estableciera franca comunicación entre el estómago y el ex-

terior, evitando así que el contenido del estómago cayera en el peritoneo, y la segunda trayendo la misma pared del estómago fuera y dejándola exterior del abdomen, las dos veces parte por falta de técnica y parte por la infección perdió los dos enfermos.

Más de veinte años, todas las tentativas de Gastrostomía á pesar de algún perfeccionamiento en el arte operatoria, los resultados son desastrosos. Es preciso esperar al advenimiento del método antiséptico. Efectivamente Sydney Jones en 1875 obtiene el primer triunfo un cuarto de siglo después de las tentativas de Sedillot.

PERFECCIONAMIENTO TÉCNICO

El perfeccionamiento técnico comprende varias fases es cosa extraordinaria en la primera tentativa de Vernuil siguiendo en parte

las indicaciones de Labbe; se llega de un golpe á plantear toda la cuestión.

¿Dónde se debe practicar la incisión abdominal? ¿En cuantos tiempos conviene practicar la operación? ¿Cómo se debe practicar y en que forma conviene dejar la abertura del estómago?

ESCUELA FRANCESA:

Verneuil practicaba la incisión paralelamente al borde costal de uno á dos centímetros por debajo de este; busca el estómago; le prende con una pinza y le aboca á la herida de la pared abdominal, y lo sujeta por medio de dos gruesas agujas.

Enseguida sutura la pared estomacal á la abdominal, con hilos de plata asas que abarcan todo el espesor del estómago y todo el espesor de la pared abdominal. Sujeta los hilos por medio de botones de plomo, una vez fijo así el estómago quita las agujas y abre el estómago en una extensión de un centímetro. Establece la comunicación con el exterior por medio de una sonda blanda. Fija la sonda con un

punto; aplica un apósito antiséptico á base de colodion y espera doce dias á que se establezcan las adherencias para levantar los puntos de sutura.

Más adelante si la abertura de la fístula no era suficiente trata de agrandarla por sondaje progresivo.

En seis casos operados por este procedimiento se obtuvieron cuatro éxitos, cosa bien halagüeña para aquella época.

Sin embargo este procedimiento, sobre todo en manos de otros cirujanos no dejó de presentar varios inconvenientes al poco tiempo. En primer lugar no evitaba la contaminación por el contenido estomacal. El orificio que abrian las agujas en la pared del estómago provocaban flemones de la pared y aún peritonitis. La técnica de la sutura misma dejaba mucho que desear, y motivaba grandes fracasos; por ejemplo, una observación de Kraske que vió morir á su enferma por peritonitis séptica debido al paso de las materias alimenticias por

los orificios de los puntos, antes de haber verificado la abertura del estómago.

Para evitar esto se vino con Langenbuch en hacer suturas múltiples pero superficiales, en vaciar por punción enseguida el estómago, y en aceptar con Volkmann la Gastrostomía en dos tiempos.

ESCUELA ALEMANA:

Los alemanes apoyándose en razones de patriotismo tal vez y fundándose á las doctrinas preconizadas por la escuela inglesa con Howse, se decidieron pronto por practicar la Gastrostomía en dos tiempos. Es decir, no abrir el estómago hasta que no se hubiera realizado la Gastropepsia. El segundo tiempo se realizaba cinco ó seis días después de la primera operación.

Representada por Volkmann este procedimiento, y gracias sin duda al perfeccionamiento introducido en la técnica de las suturas por Langenbuch, no dejó de ofrecer algunas ventajas sobre el procedimiento de Verneuil. Así por ejemplo, Kocher que opera tres casos según

este método obtuvo tres éxitos.

Enseguida viene una serie de discusiones, sobre el punto donde conviene llevar la incisión de la pared y la incisión en el estómago, y hay variedad de incisiones Sedillot, Fenger, Jenney, Jones, Labbe, Lefort estudiaron la incisión de la pared. Lescoff, Tillau, Sarger sobre el estómago. Pero como dijo Lucas Championniere en la discusión que siguió á la comunicación de Larqur á la Academia, todos estos puntos son un poco teóricos, y no encierran gran importancia. Y nada impide llegar al estómago por cualquiera incisión y poder establecer una fístula á una altura naturalmente conveniente, sin fijarse en tantos pormenores insignificantes.

Sin embargo, faltaba algo muy importante que hacer. A pesar de los tres casos felices citados de Kocher, las estadísticas de otros cirujanos presentaban una mortalidad de 50 % Zezas. Gross, Johausen &c. &c. Lo cierto es que en contacto constante la fístula con la sorda y el jugo estomacal, llegaba por corrosión á proporciones funestas.

Todos los medios propuestos para evitar esto, aplicados sobre la pared para detener esta corrosión resultaban ineficaces; es á Terrier de Paris á quien corresponde la gloria de haber triunfado de este inconveniente por un procedimiento bien natural.

Terrier realiza sus primeros ensayos seguidos de éxito, en 1890 á 1891. Su procedimiento no puede ser más sencillo; interpone entre las materias alimenticias que atacaba la superficie de la herida y la pared abdominal, la misma mucosa gástrica; para ellos, sutura dicha mucosa á la piel; sobrepasando un poco los bordes de la herida cutánea con la mucosa, y de este modo obtiene, primero, integridad de las superficies cruentas, gracias á tal perfección y segundo evita á su vez por este medio la formación de un orificio retractoril.

El resultado fué perfecto; la comprobación por las autopsias ha demostrado que se formaba un canal mucoso excelente, de pliegues mucosos adosados que además servían para asegurar la contención del

jugo gástrico. No se necesita decir que el procedimiento ha persistido.

Sin embargo, en 1893, la gastrostomía ha sufrido una nueva modificación que ha orientado á muchos cirujanos por otro derrotero del de la fístula simple y natural por decirlo así; el hecho experimental ha servido para esta nueva orientación en el arte quirúrgico.

Cuando el estómago se fija á los bordes de una herida abdominal, la túnica sero-musculosa adherente á la pared se retrae progresivamente á medida que la herida disminuye de extensión; más la mucosa no participa de esta retracción; sino que se separa de la muscular y forma un pliegue saliente en el interior de la cavidad estomacal. Y la extensión de la válvula mucosa así creada está en relación con la extensión de la capa muscular retraída, es decir, con la dimensión de la parte de estómago circunscrita por la sutura.

¿Se comprende la utilidad, que se puede sacar de este hecho experimental enunciado por primera vez por Penieres, para tener y construir una válvula mucosa, que cierre la fístula con sus dos valvas? La escuela de Lyon ha sido la verdadera mantenedora de este procedimiento con Poncet á la cabeza.

Fontan, presenta el primer caso operado al Congreso francés de cirugía en 1896 aunque operado de una manera diferente á la de Penieres.

Hecha la laparotomía Fontan, provoca una especie de hernia de estómago, artificial, valiéndose de una pinza; la hernia se ofrece de una figura bien cónica; se fija la base de este cono á los bordes de la herida abdominal, por medio de una sutura sero serosa, por una corona de doce á quince puntos con crin de Florencia. Ya después no hay más que invertir la atracción de la pinza á fin de convertir el cono haciéndolo interior. El cono se convierte en mitra,

no hay más que puncionar el fondo de la válvula por medio de un bisturí que sustituya á la pinza directriz, y queda formada la fístula y la válvula.

El procedimiento de Fontan, se lleva á cabo siguiendo la incisión Labbe y tiene de notable que se realiza en un solo tiempo.

En Alemania, el procedimiento de Fischer que en realidad tiene grandes semejanzas con el procedimiento de la escuela de Lyon, ha venido á variar un poco los tiempos de la operación.

En vez de operar de una vez como Fontan y Penierres, Fischer, limita la primera sesión á fijar el estómago á la pared abdominal utilizando una superficie de tres á seis centímetros poco más ó menos. Se cubre la herida de un vendaje antiséptico á base de yodoformo; al tercer día, hace una inyección de leche valiéndose de una jeringa de Pravaz, é inyecta de treinta á cuarenta gramos de leche en el estómago. Al día siguiente, para inyectar se sirve de un t

car. Después se continua cada día las inyecciones, sustituyendo los trócares, por otros de más en más gruesos. El orificio, es fácil mantener abierto valiéndose para ello de polvos de yodoformo.

Por estos diversos procedimientos se evita generalmente, la salida del jugo gástrico. Sin embargo, á pesar de todo, es muy frecuente, que haya generalmente derrame del líquido estomacal. Así es que en Alemania y en Austria, han buscado á realizar mecánicamente la oclusión del estómago. La multitud de procedimientos preconizados, la invención á cada momento de uno nuevo parecen indicar que no hay todavía uno completamente bueno y que todos dejan que desear.

Puede ser que el problema sea más complejo que lo que se ha creído, dadas las condiciones diferentemente irritantes del jugo gástrico, la mayor ó menor contractilidad del estómago, &c. &c.

El ingenio de los cirujanos ha sido grande hasta buscar por todos los medios imaginables la manera de triunfar.

Gerard, por ejemplo, ha ido á buscar ha hacer un esfinter con el músculo recto izquierdo de la pared abdominal, haciendo pasar á través de una abertura practicada en él la sonda blanda. No triunfa el primero.

Wahn, va á buscar la función obturatriz en los cartílagos costales.

Witzel de Bonn en Alemania viendo que todos estos procedimientos son incapaces de mantener cerrada la fístula, y evitar la salida del jugo gástrico, trata de formar un canal, que se abra en el estómago, á la manera como lo hace el ureter en la vejiga. Para ello trata de hacer una abocamiento lo más oblicuamente posible entre el estómago y el tubo sonda. Siguiendo siempre la incisión de Labbe y una vez fijo el estómago á la pared abdominal y cerrada la herida, él trata de construir por medio de dos pliegues, que toman de la pared del estómago, por medio de cuatro ó cinco puntos de

Leibert un canal destinado á alojar un tubo que por su extremidad inferior se abre en el estómago.

Más tarde, se quita el tubo, y el canal queda formado. La acción de los músculos abdominales y los pliegues de la pared abdominal, quedan encargados de cerrar el canal.

Los resultados parece que han sido buenos, y el procedimiento acogido y modificado en Alemania y Norte de América. La ocusión de la boca es suficiente, pero en general después de algún tiempo no deja el trayecto oblicuo de hacerse más corto y horizontal y aparecer las dos aberturas correspondiendo por un trayecto casi directo.

Hader, Mickuliez, Noorden, Kocher, han tratado de evitar este acortamiento del trayecto, valiéndose de la creación de dobles pliegues siguiendo siempre la idea de Witzel. No deja de obtenerse algunas nuevas ventajas que defienden, claro está, del perfeccionamiento cada

dia mayor del arte quirúrgico.

Ha habido también cirujanos que en vez de buscar la oblicuidad del canal valiéndose de la pared del estómago solamente un conducto oblicuo introduciendo entre los planos abdominales una parte del estómago que se abre más arriba.

Sabaneef, tuvo la idea de formar el primero una fístula tubularia, haciendo atravesar la pared del estómago, como por bajo un puente formado por dos incisiones practicada la una de la otra á distancia de cuatro centímetros. Entre la una y la otra y bajo una capa formada por los tegidos blandos y la piel atraviesa la pared estomacal.

Frank, Kosher, han modificado ventajosamente el procedimiento, así que en realidad haya variado, la idea que animaba á Sabaneef. Hartman, realmente no ha hecho tampoco nada más que eso.

Aprovechar la laparotomia supra umbilical central, en vez la incisión Labbe á fin de evitar los inconvenientes de esta (de te-

ner que incidir planos musculosos, sangrantes, menos fáciles de reunir por sutura) y aprovechar para la formación del puente compresor la fibras del músculo recto, llevando para eso la pared estomacal hacia el lado izquierdo.

Naturalmente el procedimiento es más perfecto y ventajoso.

Guinard, incisión media supra umbilical, asir la pared anterior del estómago con una pinza Kocher tracción hasta hacer extra abdominal un poco de la pared anterior del estómago, torsión de 90° y fijación por dos puntos á la pared, segunda torsión en el mismo sentido de otros 90° otra fijación á la pared, abertura de la parte extra abdominal del estómago sutura de la herida estomacal á la herida cutánea y sonda permanente por la herida gástrica.

En realidad pues todos los procedimientos tienden al mismo fin, la creación de un canal de cierta longitud, provisto de un pequeño orificio, y que dé una fistula más ó menos constante; bien sea me-

diente pliegues mucosos, bien sea por anodamientos y abocamientos oblicuos, en una palabra, por todos los medios capaces de asegurar más ó menos la perfecta oblicuidad de la fístula.

Sin embargo, en general se procede en la práctica á practicar los procedimientos más simples; el de Terrier, para los casos de fístula temporal más ó menos duradera; los de la escuela Alemana más ó menos modificados como los de Kocher en los casos que se presume una mayor duración.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

En realidad las indicaciones de la Gastrostomia se han acrecentado gracias á que hecha de una manera aséptica ofrece una mortalidad nula: además, como los procedimientos actuales permiten la construcción de un orificio de fístula continente ha perdido su

mayor defecto.

De todos modos la indicación más frecuente es la que se refiere á los casos de estrechez del exófago. Se comprende que en los casos en que los alimentos no puedan llegar al estómago no queda otro recurso que buscar un medio para alimentar al enfermo.

Los casos de estrechez exofágica pueden ser debidos á diferentes causas; bien á quemaduras antiguas del exófago, bien á traumatismos, bien á lesiones provocadas por la sífilis, bien aunque en otro orden á las quemaduras recientes.

Pero sobre todo, las estrecheces del exófago clínicamente son más que nada debidas á las neoplasias y compresiones.

No todas las estrecheces del exófago exigen la Gastrectomía.

Se comprende que una estrechez sífilítica requiere además otro tratamiento. También se comprende que á las estrecheces no muy acentuadas debidas á traumatismos y quemaduras pueden aprovechar de

otros tratamientos como el sordaje, la electrolisis &c. En cambio las estrecheces consecutivas á lesiones cancerosas no tienen ninguna probabilidad de éxito con otro tratamiento que el quirúrgico. El ideal sería operarlas por extirpación. Pero en la práctica se tiende en virtud de las condiciones en que se opera á buscar un resultado paliativo. Además resultaría el inconveniente de que al mismo tiempo de los alimentos llegarán núcleos cancerosos al estómago constituyendo así un peligro inminente de generalización en cualquier parte del aparato digestivo.

En las quemaduras recientes del exófago bien sean debidas á causas físicas ó químicas, la Gastrostomia temporal tiene gran razón de ser á fin de afianzar el tratamiento médico de las lesiones exofágicas. Se comprende que el paso de los alimentos irritando las úlceras debe ser evitado á todo trance para obtener la curación de ellas.

En los casos en que la estrechez exofágica sea completa, depende de cualquier lesión, no se vé otra indicación de intervenir.

Así pues reasumiendo debe intervenir por Gastrostomía: primero, en los casos de estrechez exofágica debida á neoplasias cancerosas; segundo, en los casos de quemaduras de exófago suficientemente intensas para impedir la deglución; tercero, en todo caso de estrechez completa del exófago que conduce al enfermo á la inanición; y hasta en las alteraciones de la deglución que se presentan en la parálisis vulvar como acabo de ver en un enfermo operado en la clínica de Ginar (observación inedita).

En los dos casos operados por mi maestro el Doctor Ribera, se trata de neoplasias cancerosas del exófago.

La primera observación H, de 48 años; que presentaba disfagia, vómitos de cuanto ingiere gran dolor en el momento de la devolución enflaquecimiento enorme é imposibilidad absoluta de deglutir nada.

Dada la inanición del enfermo, se comprende la indicación de la intervención por Gastrectomía aún prescindiendo de la naturaleza neoplásica de la estrechez.

La Gastrectomía fué seguida de muerte por inanición á los 28 días de operado. Á la inanición no hay duda que había que agregar la caquexia cancerosa.

El segundo caso de Gastrectomía fué observado y estudiado en nuestro curso de Clínica quirúrgica de 1904. Como quiera que se trata de una observación recogida por nosotros mismos me voy á permitir algunos más detalles que sobre los otros.

D.A. de 39 años, soltero, natural de Villa Robledo (Albacete) de oficio maestro. Temperamento nervioso, y constitución mala. Antecedentes hereditarios, el único dato que nos proporciona el enfermo, es que su padre padece hace mucho tiempo del estómago, por lo tanto hay alguna tara hereditaria. Antecedentes patológicos; carecen de importancia.

Enfermedad actual. La enfermedad actual según el enfermo data de sólo unos tres meses, refiere que un día sin haber experimentado antes molestias de ninguna clase al tiempo de deglutir notó que le era imposible realizarlo y que á medida que tragaba sentía la devolución; así dice que ha continuado desde entonces, sin poder tomar nada que tuviera una consistencia sólida; viéndose obligado á alimentarse exclusivamente de leche. El desmejoramiento en que ha caído el enfermo le han obligado á venir á la Clínica.

Estado actual; como acabamos de decir la pérdida de fuerzas del enfermo es completa y todo su organismo se resiente de la inanición, apuntándose tal vez ya la caquexia cancerosa. El color pajizo de la piel es notable, las mucosas aparecen muy pálidas y el esqueleto recubierto apenas por una escasa capa de tejido adiposo y de piel.

Se comprueba la imposibilidad é intolerancia de la deglución.

Practicado el cateterismo del exófago con sondas de distinto calibre no se logra llegar al estómago más que empleando una extre-

madamente fina, la longitud de las sondas detenidas indica como lugar de la lesión las proximidades del cardias; el análisis de la sangre, el estado del pulso, el de la economía en general expresan particularmente el estado anémico del enfermo.

Diagnóstico; dados los antecedentes típicos que acabamos de consignar es indudable que se trata de un epiteloma del exófago. El diagnóstico diferencial con las estrecheces exofágicas de origen traumático, con las de origen específico, con las motivadas por invasiones tuberculosas de los ganglios del mediastino A.A. no tienen ninguna probabilidad de modificar el primer diagnóstico que aparece de una manera evidente.

Pronóstico; inútil es decir que dado el estado deplorable de la enferma la naturaleza de la enfermedad y probablemente el estado de la invasión neoplásica el pronóstico es gravísimo.

Tratamiento; como es visto al hacer la historia de la Gástrica

tomía, indudablemente se ofrecen gran variedad de procedimientos operatorios á seguir, sin embargo, como hemos dicho al terminar dicha historia, en este caso debe optarse por un procedimiento simple y todo lo más perfecto posible puesto que el enfermo tiene tan pocas probabilidades de vivir largo tiempo según se deduce de los datos anteriormente enunciados y de otro que quiero hacer constar aquí. Es decir, que el enfermo tiene 29 años ya sabemos el carácter grave de los epitelomas á esta edad.

Una Gastrostomía siguiendo la antigua técnica de Terrier podría seguir perfectamente en este caso, sin embargo, este procedimiento fue modificado en cierto modo.

Ponadas las precauciones asépticas y anestésicas la operación se comenzó por una gran incisión que ya Verneuil la había utilizado siguiendo las indicaciones de Labbe y en realidad no es otra que una incisión siguiendo el reborde costal izquierdo á la distancia

de centímetro y medio por debajo y que parece aproximarse de una manera lo más natural á la topografía del estómago: este aparece casi inmediatamente en el fondo de la incisión (Triángulo de Latta). Ya después de practicada la laparotomía y á la vista del estómago no hay más que pinzarlo según el proceder clásico para abocarlo á la abertura de la pared abdominal. A continuación se cogió la pared anterior del estómago procurando elegir un punto alto en las proximidades del cardias siguiendo en esto las indicaciones de Larger, y se procedió á fijar esta pared estomacal á los bordes de la herida del vientre por medio de varios puntos de sutura entrecortada, claro está que la porción de estómago queda abocada la extensión preconizada ya por los antiguos cirujanos. Una vez fijo el estómago se le abrió en sentido transversal siguiendo la dirección de la abertura abdominal de la extensión próximamente de centímetro y medio, y se prosiguió á verificar la doble sutura sero serosa y mucocutánea. Así quedó establecida la fístula artificial por donde se intro-

dujo una sonda flexible y larga de modo que el cabo exterior quedaba fuera del vendaje y podía alimentársele sin levantar la cura.

La operación llevada á cabo con la pericia magistral del Doctor Ribera, tuvo un curso posoperatorio desgraciado, el estado de inanición á pesar de las inyecciones de suero artificial que no dejaron de administrársele convenientemente y el pulso fué decayendo á un tiempo mismo que la temperatura, apenas llegaba á 36° y el enfermo falleció á los ocho días de la operación.

Por tanto como se vé el enfermo sucumbió víctima del estado deplorable y de la caquesia, sin que en el campo operatorio hubiera que advertir peritonitis, supuraciones, desprendimientos de puntos ni otro incidente alguno que indicara falta de técnica.

Como decíamos anteriormente el Dr. Guinard acaba de practicar la Gastrostomia en un enfermo que trasladado de la Clínica de Billaud poi presentaba una parálisis labio gleso faringea.

Francisco Dapies de 55 años; como antecedentes hereditarios no presenta ninguno de interés, y entre los patológicos, el haber padecido las enfermedades propias de la infancia, y hacia dos años, había estado otra vez, en el hospital para que le extirparan una úlcera que tenía en el labio inferior, producida, por lo mucho que fumaba, y correspondía al mismo sitio donde descansaba la pipa.

Enfermedad actual; el enfermo no recuerda desde cuando no podía tragar, pues dice, que venia produciéndose lentamente, y que desde hace dos meses le es imposible pasar, ningún alimento sólido, y que en estos últimos días, hasta la saliva le molesta pasar, y los alimentos son devueltos á los pequeños instantes de tragados; su color es amarillo pajizo, muy marcado, y se ha demacrado muchísimo, pues no es ni la mitad, que hace un año: reconocido por medio de la sonda, exofágica, se vé que se detiene en el tercio inferior del exófago, y que al retirarla, está manchada de mucosidad, y algunas partículas de alimento teñidos por sangre, por tal motivo, no la re-

pitieron el cateterismo, por todos estos signos, que indicaban, una neoplasia maligna, decidieron practicar una Gastrostomía, que practicó el Doctor Guinard; fué anestesiado por el cloroformo y hecha la operación por el procedimiento de Torsión; fué alimentado desde aquel momento por la fístula Gástrica, por medio de una sonda blanda que se le ponía cada vez que se pretendía darle alguna cantidad de leche; el enfermo fué dado de alta muy restablecido en lo que se podía aspirar.

Enfermo de Dr. Dilafoi, parálisis labio glosa laríngea, muy difícil el interrogatorio pues tenía que valerse de la escritura, para contestar, y siendo imposible la deglución fué trasladado á la clínica del Dr. Guinard, para que le practicara una Gastrostomía. Es curiosa la observación por no haber citas sobre esta indicación. Fué operado por el mismo procedimiento, anestesiado, por la estovaina, que dió mal resultado pues el enfermo tuvo muchos dolores, y fué difícilísimo introducir la sonda por la fístula, no pudo seguir la observación por dar la casualidad, de ser operado el mismo día de

Los dos casos que nosotros citamos del Doctor Ribera, fueron seguidos de un resultado deplorable, sin embargo, no hay que achacar á la gravedad de la operación una estadística tan abrumadora como hemos visto al comentar los casos, los dos enfermos llegaron á la masa de operaciones en completa inanición.

En realidad no hay más que fijar la atención en las últimas estadísticas que nos vienen del extranjero en donde se opera como ha dicho muy bien el Doctor Ribera, en el discurso inaugural de la Real Academia de Medicina del año 1907. "Con ventajas notables de prioridad estado actual y momento preciso gracias al adelanto médico general mucho más fecundo en otros países que en España." Las estadísticas son punto menos que inocentes, claro está que el resultado de la operación varía completamente según la naturaleza de la enfermedad que la motiva; en último caso se puede terminar diciendo con Terrier, que el peligro de esta operación no ofrece otra mortalidad

que la que da la misma mortalidad médica: es decir, que es el mismo resultado directo de la prolongación excesivamente larga del tratamiento médico. Y así la Gastrostomía en los casos de neoplasias malignas como en los dos casos recientemente comentados ofrece una mortalidad puramente consiguiente. En los otros casos la estadística no sobrepasa del 35 % como se puede ver por los estudios de Terrier, Hartmann, Kocher, Berman y otros cirujanos.

GASTRO-ENTEROSTOMIA.

Se designa con el nombre de Gastro-enterostomia una operación moderna que consiste en anastomosar una parte cualquiera del estómago con una parte del tubo digestivo con tal que sea subdiafragmática. Por tanto es una operación que consiste á crear un orificio anormal que comunique directamente entre el estómago y el aparato intestinal.

La primera Gastro-enterostomia que fué practicada por Wolfier el 28 de Septiembre de 1881 según afirman Pterrier, Hartmann y Monprofit. Este cirujano acababa de hacer una laparotomia por cancer de estómago con el pensamiento de extirparlo. Viendo que el operado no podia llegar á extirpar el tumor á causa de su volumen y de sus adherencias y que se disponia á cerrar el vientre, Nicoladoni que

ayudaba á la operación reflexionando despues de algunos minutos surgió á Wolfier la idea de que podria restablecerse el curso del contenido estomacal interrumpido por la estenosis anastomosando el intestino al estómago.

Wolfier, sigue este excelente consejo haciendo la gastro-enterostomia, practicándola en aquel mismo enfermo. El enfermo curó de la operación, cosa que fué real suceso puesto que no se podia pedir otra cosa en aquella época 1881.

Un más después el profesor Billroth practicó la segunda gastro-enterostomia en un enfermo de carcinoma inestilpable del piloro; murió á los diez dias. En la autopsia no se encontró peritonitis, pero se vió que la bilis y el jugo pancreático se derramaba en el estómago en vez de hacerlo en el intestino.

Al año siguiente, ya se registra una porción de publicaciones sobre la Gastro-enterostomia; entre ellas merece mención la primera

observación de Lucke, Lauenstein, Kocher, que son respectivamente la observación tercera, cuarta y quinta de Gastro-enterostomía.

A pesar de algunos éxitos después de operaciones nuevas del mismo Billroth, Kocher, la estadística de mortalidad hasta el año 1881 asciende á la enorme cifra de 66,6 % ó sean 12 muertos en 16 operaciones.

En 1887, aparece la memoria de Rockwitz que publica diez casos de Gastro-enterostomía hechos por su maestro Lucke seguidos todos de curación salvo uno que muere á los 14 días de la operación de inanición y neumonía. En Francia la primera operación es tentada por Pozzi, después así practicada un gran número de veces. Las estadísticas correspondientes á esta época de 1889 y 1890, apuntan una mortalidad de 38 %, cifra que en realidad es pequeña, puesto que más tarde con un perfeccionamiento técnico mayor como sucede al aparecer el libro de Terrier en 1899 hay estadísticas hasta de 47 y aún 65 %

Mekler, Rusca, en 28 casos 22 curaciones inmediatas de la intervención.

Después de año 1890 las memorias son numerosas, se publican casi todos los años una treintena de creer á Monprofit.

Como hemos visto en primer caso de Gastro-enterostomia está destinado á remediar los inconvenientes producidos por una lesión pilorica, la observación segunda, la tercera, la cuarta y la quinta que hemos tambien mencionado, están dirigidas á lo mismo, por lo tanto, se comprende que la primera idea terapéutica que entranaba la Gastro-enterostomia era la de remediar los inconvenientes de una estrechez más ó menos absoluta del píloro.

Actualmente el objeto de la Gastro-enterostomia puede ser otro (tal como el tratamiento de las úlceras redondas &c.) sin embargo, la idea primitiva debe quedar en rigor.

El ideal de una gastro-enterostomia es de abocar al estómago una porción del intestino bastante elevada para que la parte del

canal digestivo que queda inutil sea así lo más corto posible. Es decir, que la anastomosis debe efectuarse en una porción del yeyuno lo más aproximada posible del duodeno.

Por lo tanto se ha escrito mucho sobre como es preciso practicar la anastomosis para obtener un resultado operatorio lo más aproximado posible del ideal buscado. más es preciso no exagerar á este propósito porque se sabe muy bien que puede suprimirse en el hombre sea por simple enteroanastómosis, sea por exclusión, sea por resección una cantidad considerable de intestino delgado. Lo importante por consiguiente es no elegir para la anastomosis estomacal la parte más elevada del yeyuno sino un asa intestinal bastante aproximada al duodeno, y sobre todo fácil á movilizar y fijar como dice el Doctor Ribera.

Después de los experimentos fisiológicos de Paulesco, Tyri, Richet se sabe que la parte intestinal que segrega jugo intestinal es el

duodeno.

El duodeno segrega con relación al yeyuno en la proporción como un 25 es á un 4 ó 5 %.

Esta secreción se realiza en virtud de la excitación que sobre las paredes duodenales ejercen los alimentos, este sencillo hecho fisiológico habia hecho creer en un principio á todo trance que en las gastro-anastómosis era preciso acercarse lo más posible á que los alimentos no dejaran de ejercer dicha excitación duodenal. De aquí que la pileroplastia por ejemplo, haya sido preconizada como una operación muy superior á la Gastro-enterostomia. Pero hechos tambien fisiológicos que han venido más tarde á demostrar que se podia excitar las glándulas duodenales sin necesidad de actuar el alimento precisamente sobre la pared del duodeno, así una simple inyección de sustancias hidro-carbonadas en el sistema circulatorio provoca la misma ó aproximadamente la misma secreción duodenal que

obrando sobre el intestino. Se comprende que la absorción de las sustancias amiláceas que se lleva á cabo en el intestino delgado de un operado de Gastro-enterostomía puede ser y es lo suficientemente capaz de provocar una secreción intestinal como en el estado anormal.

Si en realidad el abocamiento puede hacerse no en la proximidades muy inmediatas al duodeno, es decir, que no hay que ser extremadamente rigorista sino elegir un asa intestinal conveniente, en cambio el irse muy lejos en la elección de punto sobre el intestino delgado ha demostrado ser causa de accidente pos operatorio. "El de Lauenstein por ejemplo, citado por Monprofit y en el que el enfermo sucumbió por inanición aguda á causa de tener el abocamiento intestinal suturado á 40 centímetros de la válvula iliocecal.

Hoy se hace lo más cerca posible del ángulo yeyuno duodenal que corresponde á la izquierda de la columna vertebral debajo del mesocolo transversal y reconocible por un repliegue peritoneal que le

une al pilar izquierdo del diafragma, al nivel de la segunda vértebra lumbar.

Una vez en posesión de esta asa de origen se tiene el primer dato de la operación.

Un segundo punto de orden fisiológico debe de estar todavía presente en el espíritu de todos los operadores; y es el hacer la reunión de tal manera que el paso de las materias se haga en el sentido del intestino desde la anastomosis y que no vulvan atrás á la parte eliminada definitivamente de la circulación por la operación misma.

Nosotros veremos bien pronto como los cirujanos han insistido por ensayos sucesivos y mejoramientos constantes en la técnica, en resolver este problema; después de haber visto los trastornos que ocasiona cada accidente.

La Gastro-enterostomia así ejecutada en el hombre enfermo hasta que en 1886 los fisiólogos han experimentado en los animales y han

practicado gastro-enterostomias experimentales con el objeto de averiguar que era lo que sucedía en la boca anastomótica, se comprende el defecto capital de estas experimentaciones, la imposibilidad de establecer una analogía entre un estómago de perro normal y un estómago de hombre afecto de cancer úlcera &c.

Sin embargo las experiencias no han dejado de ser fecundas, se ha visto que la Gastro-enterostomia no suprime la secreción de la porción del tubo digestivo aislado; la bilis y el jugo pancreático que se derrama en él continúan al resto del intestino delgado, cosa que no hubiera tenido lugar de creer en la exclusión total del duodeno como se dice en las primeras memorias. Dado el papel importantísimo del duodeno de que antes hablábamos se comprende la ventaja de esta demostración experimental, realidad que la Clínica ha probado también por hechos numerosos.

También al mismo tiempo que al intestino llega al estómago la bilis y el jugo pancreático. Sea preguntado si esto no estorbaría

notablemente el funcionamiento de este órgano. Hoy se sabe que esto en la proporción que se verifica no tiene apenas inconveniente.

Los fisiólogos modernos han demostrado con Dastre que en contra de las doctrinas de Claudio Bernar el efecto al calmante de la bilis era rápidamente neutralizado el jugo gástrico que segregado entonces, no hay pues efectos desagradables ni por los fenómenos gástricos ni por la salud en general.

El Manual Operatorio de la Gastro-enterostomia tal como hoy se practica y gracias á la multitud de procedimientos precedentes es una cuestión muy difícil de exponer. De todos modos yo voy á ensayar de exponerlo como lo he hecho con la Gastrostomia insistiendo dolamente sobre las grandes rúbricas, por decirlo así, que han ilustrado la historia en el perfeccionamiento del arte.

Y empezando diré, que todos los procedimientos de Gastro-enterostomia pueden reducirse en dos grandes métodos; el primero basado

en el empleo exclusivo de la sutura, y el segundo mucho menos generalizado sobre los botones anastomóticos bien conocidos en cirugía intestinal.

1 Gastro-enterostomía por abocamiento lateral.

A. Operación simple.

- 1.ª Gastro-enterostomía ante-cólica pregástrica ó anterior de Wolfier. aún utilizada, menos frecuente que antes por las variantes de Doyen, Fogazzá, Lauenstein, Hartmann, etc.
- 2.ª Gastro-enterostomía ante-cólica retrogástrica ó posterior de Paucel.
- 3.ª Gastro-enterostomía retro-cólica, retrogástrica ó posterior de Courvoisier y de von Hacker muy en boga hoy.
- 4.ª Gastro-enterostomía retro-cólica, pregástrica ó anterior de Brenner, Passler á penas conocida.

B. Operación compleja.

- 5.ª Gastro-enterostomía con entero-anastomosis primitiva simple, proce-

der de Lauentéin.

II GASTRO-ENTEROSTOMIA POR IMPLANTACIÓN.

A. Gastro-enterostomia por implantación doble en Y ó ipsiforme.

- 1.º Gastro-enterostomias ipsiforme anterior de Wolfler, Maydl, ha estado ignorada hasta estos últimos años(1902)
- 2.º Gastro-enterostomia isipforme posterior de Raux muy utilizado hoy día y cuyo número de operaciones aumenta actualmente.

B. Gastro-enterostomia por implantación simple.

- 1.º Gastro-enterostomia típica(Proceder de Studel-Moynihan)
- 2.º Gastro-enterostomia con colecis-enterostomia (proceder de Chlunsky)

C. Gastro-enterostomia por implantación doble estomacal ó en Y.

Proceder experimental de Mattoli (1903)

III GASTRO-ENTEROSTOMIA POR ABOCAMIENTO LATERAL.

TRANSFORMADO PRIMITIVAMENTE EN G.E. POR IMPLANTACIÓN EN Y.

- 1.ª Gastro-enterostomia, con entero-anastómosis y ligadura de la boca aferente (métodos de Chaput y de Fowler)
- 2.ª Gastro-enterostomia con entero-anastómosis y sección previa del asa adherente (Procederes de Mattoli y de Monprofit)
- 3.ª Gastro-enterostomia con entero-anastómosis y sección consecutiva del asa aferente (Proceder de Galler)
- 4.ª Gastro-enterostomia con entero-anastómosis y exclusión de Mattoli acercándose más de los métodos especiales de transformaciones secundarias .

El procedimiento de Gastro-enterostomia por suturas es el primer procedimiento histórico. Y en realidad aparece ya descrito por Wolfler; he aquí la descripción que hace Wolfler de su operación.

Hecha la laparotomia y en vista de encontrar el cancer pilórico me determiné á establecer una comunicación directa entre el estómago y el intestino delgado y procedí de la manera siguiente: abrí el estómago á un través de dedo por encima de la inserción del ligamento gastro-cólico sobre la gran curvadura y esto por una incisión longitudinal de 5 centímetros, incidí enseguida con una incisión de la misma longitud un asa intestinal vecina sobre la cara opuesta á la inserción del mesenterio, después aboqué los bordes de la herida intestinal á la estomacal de modo que los bordes posteriores de la luz del intestino estuvieran suturados á los posteriores de la luz del estómago; hice la sutura anular interna descrita yá por mí, con hilos de seda en los bordes anteriores tanto del agujero estomacal como el intestinal fueron reunidos por los bordes de la musculosa, después la serosa por las suturas de Lambert modificadas; despues de desinfección suficiente de todo el campo operatorio los distintos planos de la pared abdominal son cerrados y la herida cubierta de

una cura yodoformica. Durante la operación el estómago y el asa intestinal fueron colocados sobre esponjas esterilizadas; durante el curso no hubo derrame del contenido intestinal porque hice por encima y por debajo de la herida operatoria una ligadura con una gruesa seda pasada á través del mesenterio. La operación fué hecha con una antisepsia extrema; cerré el peritoneo sin drenaje, las consecuencias de la operación fueron satisfactorias y el enfermo no tuvo fiebre, los vómitos desesperantes desaparecieron; el enfermo pudo de día en día tomar una cantidad cada vez mayor de líquido y al cabo de ocho días tomó sin inconveniente alguno alimentos sólidos; actualmente el enfermo se encuentra en la cuarta semana que sigue á la operación.

Esta descripción fué la que sirvió de modelo y tipo á todas las primeras Gastro-enterostomias, sin embargo, no tardaron los cirujanos en buscar otros procedimientos más ventajosos, en efecto, al implantar la primera asa intestinal que se ofrecia á la mano en un punto ase-

quifile del estómago sin preocuparse del sitio de la anastomosis ni de la situación; no podía menos de ser muy fecunda en accidentes desagradables en la Clínica; así á Billroth de veinte y un intervenciones le dieron trece casos de muerte, por vómitos biliosos incoercibles, actualmente estamos ya muy lejos de la época en que Wolfler recomendaba la implantación del yeyuno en la cara anterior del estómago sin tener en cuenta la intervención del peristaltismo intestinal obligando al contenido gástrico á seguir á veces una dirección opuesta de la normal, pues que colocaba á la izquierda el asa aferente de la anastomosis.

Antes, hemos tenido la curiosidad de mencionar todos los procedimientos de Gastro-enterostomia solamente por abocamiento; para escribir la historia de todos y cada uno de ellos se requiere el volumen de un libro como el que ha escrito el Doctor Monprofit.

Sin embargo, á pesar de que yo no quiera detenerme en detalles

puramente secundarios; tampoco quiero pasar por alto aunque no sean más que los procedimientos que significan un verdadero progreso en el perfeccionamiento de la operación.

Yo procuraré seguir la norma que he trazado ya al hablar de la Gastrostomía.

El procedimiento de Wolfier exponía indudablemente á la estrangulación del duodeno por el colon y sinó á la del colon por el yeyuno: ¡Cuántos enfermos muertos por no haber podido establecer el curso de ^{las} materias fecales!.

Pos eso el procedimiento de Gastro-enterostomía posterior significa un notable progreso; von Hacker fué el primero que quiso remediar esta estrangulación del colon anastomosando el yeyuno á la cara posterior del estómago al través de un orificio practicado en el mesocolon transversal fué el primero también que se fijó en el ligamento de Treiz y dispuso el yeyuno de tal manera que el asa descendente lo fuera hacia abajo y á la derecha (en atención de lo

que había dicho ya Wolfler).

El procedimiento de von Hacker es seguramente ingenioso parece que él levantó las más grandes esperanzas; esto fué por el año 1886. Sin embargo, este procedimiento encerraba cierta timidez von Hacker nunca se atrevió á verificar la sutura que manteniendo los órganos en su sitio. Dado el enorme peligro de infectar el peritoneo al practicar las incisiones del abocamiento, se comprende los desastres de la operación.

Parece que Doyen fué de los primeros en proponer la abertura y sutura del estómago é intestinos llevándolos á lo exterior sobre las paredes del vientre envueltos en compresas húmedas naturalmente asépticas.

En realidad la Gastro-enterostomía posterior trans-mesocólica de von Hacker cuando ella resulta, expone menos al reflejo de la biliar en el estómago que la Gastro-enterostomía anterior, pero la gravedad de la operación inutiliza esta ligera ventaja.

Tanto el procedimiento clásico de Welfler como el von Hacker fueron abandonados en virtud de otro procedimiento preconizado por Roux y Kocher que venia á producir una verdadera revolución, implantando bien la yeyuno-yeyunostomia el primero, y la Gastro-enterostomia anterior con creación de válvula yeyunal Kocher.

Roux habia señalado los inconvenientes de la Gastro-enterostomia por implantación lateral; dos veces la habbia podido hacer constar el reflejo de los alimentos en el duodeno, este accidente habia sido notado muy á menudo, se le habia considerado tambien como causa de la muerte del enfermo, en cambio en la Gastro-enterostomia anterior se daba el estrangulamiento del colon.

Así el eminente cirujano Roux propuso para remediar todos estos enormes inconvenientes la implantación directa del yeyuno al estómago en su cara posterior y practicar por debajo del nuevo píloro el abocamiento lateral del asa yeyuno-duodenal, que naturalmente

te tenía que quedar pendiente, una vez seccionada. De este modo, Roux aprovechaba la experiencia de von Hacker haciendo la implantación posterior aún tiempo mismo que obtenía un triunfo sobre el círculo vicioso.

Las estadísticas que Roux pudo presentar de sus catorce casos Gastro-enteromizados eran en cierto modo muy superiores á las de Senn, Jaboulay, Czerny, y otros cirujanos contemporáneos.

La operación de Roux ofrecía indiscutibles ventajas sobre la libre evacuación del estómago, pero ofrecía también sus inconvenientes: en primer lugar, el Roux ha sido siempre una operación extraordinariamente larga aún en manos hábiles como las del Doctor Ribera á quien se la ha visto operar varias veces, y en París á Gosse y Guinard que haciéndola con toda la ligereza posible nunca tardaron menos de tres cuartos de hora, esto si no presentaba el caso alguna complicación, como adherencias &c.

2º se ve bien pronto que la operación de Roux se resentía de falta de solidez, efectivamente una sola enterorrafia por implantación terminal era ya defectuosa ¿qué sería si había que practicar dos á unos centímetros de distancia la una de la otra?

El método de Roux, por tanto, exponía á la perforación tardía muy frecuentemente á lo que no dejaba de ser un desastre.

Kocher vino á proponer un nuevo procedimiento más simple que el de Roux puesto que él no creaba sino un sólo orificio en vez de dos; él fué el primero que trató de establecer una válvula que se opusiera al ya llamado círculo vicioso.

Kocher, aplicaba el yeyuno sobre la cara anterior del estómago, en sus primeras operaciones hacía una sutura seroserosa para fijarla; practicaba las incisiones en semiluna; comenzaba la sutura mucosa, terminando luego la sero serosa antes de empezada: tiempos de la operación los ya indicados desde Wolfler.

Como se ve el procedimiento de Kocher tenia sobre el de Roux la ventaja de sólo verificar un abocamiento, y tenia sobre los antiguos de Wolfler, von Hacker la nueva innovación de la válvula. Sin embargo entrañaba un defecto de técnica, el de abocar en ángulo agudo el yeyuno á la cara anterior del estómago.

El principal inconveniente de la Gastro-enterostomia anterior hecha por el método de Wolfler modificado por Kocher es la distensión del yeyuno por el colon y el gran epiploon tirantez tal en algunos casos que es capaz de un estrangulamiento fatal. Ya hemos dicho que fué lo que á von Hacker le llevó á la idea de perforar el mesocolon transversal haciendo la Gastro-enterostomia posterior. Ya hemos hablado tambien de los inconvenientes del procedimiento de von Hacker.

Doyen, trató de buscar valiéndose de un procedimiento ingenioso, una barrera que se opusiera á estas estrangulaciones casi inevi-

table se propuso en primer lugar asegurar la permeabilidad del orificio Gastro-yeyunal y en segundo lugar evitar el estrangulamiento ó el esfacelo. Para lo primero, en vez de hacer un abocamiento al modo de Kocher lo realizaba presentando el intestino delgado al estómago en una dirección oblicua, para ello disponia el yeyuno siguiendo la gran curvadura de estómago de tal suerte que el asa aferente se dirigiera hacia la derecha. Aparte de algunas pequeñas modificaciones en la sutura Gastro-yeyunal indican algún progreso, veamos como Doyen se proponia evitar tanto el estrangulamiento cólico como el esfacelo del intestino delgado; para ello fijaba el colon transversal por medio de 4 ó 5 puntos á la curvadura del estómago (claro está que en un punto inferior al del abocamiento intestinal).

Y por otra parte en cuanto al gran epiploon que de extirparlo hubiera exigido numerosas ligaduras, después de practicar la perforación con los dedos del epiploon Gastro-cólico al nivel de la li-

nea media lo llevaba al través de este orificio á la transcendencia de los epliploes quedando fijo así al fijar el colon transversal al estómago.

Por tanto Doyen realizaba un verdadero progreso sobre la primitiva operación de Wolfler y aún de Kocher, en tanto que la dirección dada al intestino era mucho más ventajosa y que además buscaba un medio de ponerse al abrigo de la estrangulación del esfacelo.

Sin embargo, el procedimiento de Kocher era más sencillo puesto que dispensa de la fijación del colon al estómago y de la introducción del omento mayor en la cavidad retro-epiploica, por eso que hoy se le practica todavía con alguna frecuencia según el Doctor Rusca.

Entre todos los procedimientos momentaneamente en honor se ha hablado muchísimo del procedimiento de Senn.

El procedimiento de Senn merece el que nos detengamos un instante aunque parece abandonado hasta por su mismo autor.

Senn pretendia ya en 1891 haber transformado la Gastro-enterostomia en operación inofensiva proponiendo reunir el yeyuno al estómago por medio de dos anchos anillos de hueso decalcificado.

Ambos discos provistos de un orificio central, y armados cada uno de cuatro asas de hilo son introducidos uno en el estómago y otro en el yeyuno y aproximarlos por ligadura, y además proponia de fortificar el nuevo píloro por medio de suturas seroserosas; la crítica más severa que puede dirigirse á Senn es el haber dado como curados cuatro enfermos que murieron; (segundo Doayen).

En 1892, empezó á usarse en Chicago el botón de Murphy, no tardó en ser modificado el procedimiento de Senn empleando dicho botón en vez de los discos decalcificados: á este botón sustituyeron los de Villord, Garbarini, Doayen, Chaput y se puede decir que una veintena. Conviene dividirlos en dos clases: unos que no son reabsorbibles, y por tanto tienen que ser expulsados, y otros, que al cabo de cierto tiempo desaparecen por ser de sustancias dissociables.

Entre los primeros tenemos:

1: El botón de Murphy y sus modificaciones de (Weir, BoariCollin y Galante. 2: El de Villard; 3: Garbarini; 4: Doyen; 5: Garampiani; 6: Chaput; 7: D'Hagopoff; 8: Michel.

Y entre los segundos, las placas de Senn que sólo son utilizadas en cierto número de casos(1887); 2: las redondelas de cartilago de Stern (1887); 3: el anillo de cargut de R.Abbe (1887); 4: los tubos de caoutchout partidos y llenos de cargut de Frokaw (1889); 5: de cuero (piel de buey no curtida) de Robinson (1890); 6: discos de carne de Motignon (1892); 7: placas de patata de Dawbarn (1891); 8: placas de berza naba de R.von Baracz (1892); 9: cilindros de pasta de harina cocida de Wackerhagen (1898); 10: bobina de hueso decalcificado de Robson; 11: tubo de hueso decalcificado de Paul (1891); 12: bobina de hueso calcificado de Frank (1896); 13: botón de marfil de Boari (1897); 14: botón de marfil de Doyen (1899); 15: tubo de caoutchout de Dubourg (1896); y 16: botón de L.Kraft.

Todos estos aparatos no han sido utilizados para la Gastro-ent^{más}erostomía que por los autores que los han preconizado, y han sido ensayados en hechos experimentales, tanto es así que no tienen más que un valor puramente histórico.

Como decíamos, en el año 1893, el célebre botón de Murphy, fué inventado, que tanto se ha discutido en cirugía gástrica. Hacer su descripción sería repetirlo, creo mejor decir las ventajas é inconvenientes (que he podido ver) leyendo las obras de E. Terrier, Marcel, Faiddin. Como ventajas el retener los bordes de las aberturas del estómago é intestino automáticamente, es decir, sin suturas; la unión de los tejidos es producida por un adosamiento producido por presión elástica. Y la dificultad de aplicar el botón haciendo bien la sutura y evitando la prociencia de la mucosa.

Además la gangrena y la ulceración producida por el botón son indiscutibles. Y sobre todo, la exclusión del intestino puede sobre-

venir bien como consecuencia de cuerpos extraños agrupados alrededor del botón ó bien por las mismas heces fecales que endurecidas y detenidas por falta de movimiento peristáltico del intestino.

No hay tampoco que negar la dificultad de eliminación; y por último conviene mencionar la retención del botón en el tubo digestivo después de la Gastro-enterostomía sobre todo.

Monprofit, cita algunos casos, entre otros, algunos hasta de muerte por perforación del h intestino por el botón. Infinidad de constructores modificaron dicho botón y á via de información, podemos citar las tablas anteriores que como se vé encierra un gran número de pequeñas modificaciones introducidas en el método original de Senn, y que más que otra cosa indican una fecundidad maravillosa de todos los cirujanos.

M O M E N T O A C T U A L

En realidad no es fácil orientarse, sobre todos los puntos que atañen á la Gastro-enterostomia. En primer lugar nos encontramos con experimentos de fisiología al parecer contradictorios sobre la influencia de lo que los cirujanos han llamado círculo vicioso, es decir, de la llegada al estómago de la bilis jugo pancreático y jugo intestinal, y los efectos que este derrame produce sobre la función gástrica.

El otro punto interesante de la cuestión es el reflujo ó no del contenido intestinal por el asa aferente al estómago; y las consecuencias que este hecho provoca.

Un cirujano español el Doctor Rusca, ha estudiado bien ambas cuestiones. Yo voy á permitirme la libertad de apoyarme en sus doctrinas hasta cierto punto toda vez que mi impericia no me permite poder

hablar de la cuestión con hechos personales. Naturalmente que tampoco he de perder de vista la enseñanza de mi maestro el Doctor Ribera en todo lo que se refiere á dilucidar la cuestión.

Reflujo del estómago del contenido duodenal á través del píloro.

Como dice el Doctor Rusca, existe una discordancia notable sobre la importancia que este hecho presenta según los más notables cirujanos, la cuestión estriba en apreciar los trastorno que el reflujo biliar es capaz de acarrear; y cada cirujano habla según sus casos, cosa que permite muy bien las divergencias.

Los experimentos de Dastre, Fremot, Oddé han demostrado plenamente que la presencia de la bilis en el estómago durante el periodo digestivo no produce trastorno alguno, además hoy tenemos preconizada una operación laco-li-cisto-gastrostomía que invalida de un modo terminante la hipótesis de alteraciones digestivas producidas por el reflujo pilórico. Por otra parte hay numerosas observaciones de

Terrier, Tonel, Doctor Cardenal, Doctor Rusca que demuestran que la presencia de la bilis en el estómago es incapaz de producir la serie de trastornos que caracteriza el círculo vicioso.

Ya hemos hablado antes también apropósito de la historia de cómo los fisiólogos modernos han sabido demostrar la falsedad, de la proposición de Claudio Fernet sobre la influencia de la bilis en el estómago.

Chlumsky creyó que los vómitos y trastornos consecutivos á la Gastro-enterostomía podían ser debidos á la presencia del jugo pancreático. También hechos clínicos observados el primero por Maynihan en 1901 han venido á demostrar en efecto, de una manera clara que ni la bilis ni el jugo pancreático asépticos no dañan en nada, el buen funcionamiento estomacal: el problema ha recibido también una sanción experimental completa de modo que hoy por hoy la discusión sobre ese punto ya no debe tener lugar.

En cuanto á la segunda variedad ó sea al reflujo del contenido intestinal por el asa eferente al estómago ha sido observado diferentes veces y es lo que en realidad ha sido el alma de todas las modificaciones de perfeccionamiento introducidas en el arte: esto fué lo que indujo á Kocher entre otras á la aplicación de su procedimiento valvular y esta también la razón en la que se ha apoyado el Doctor Rusca para la implantación de su método. En realidad este accidente es de una importancia clínica extraordinaria sin embargo su frecuencia parece ser muy limitada, el Doctor Rusca confiesa él mismo no haberla observado nunca.

En cambio el paso del contenido gástrico al asa duodenal es más frecuente é irremediable por los solos esfuerzos de la naturaleza exigiendo concurso de una intervención.

Los líquidos del estómago pasando por la abertura gastro-ilia hacia el duodeno refluyen por el píloro constituyendo la modalidad llamada círculo vicioso.

El círculo vicioso es el accidente de la Gastro-enterostomía por el método de abocamiento lateral de von Hacker y Kocher. Roux ha querido sobreponerse á él. Sin embargo, por el método ^{en} Y, de implantación doble método de Roux se sabe que no hay círculo vicioso.

A fin de evitar este círculo Kocher se ha visto obligado á destruir la anastomosis ya hecha por nueva laparotomía. Kocher habla de dos casos de Gastro-enterostomía repetidos tres veces seguidas en el mismo sujeto á fin de evitar dicho círculo vicioso. Hoy se aconseja tomar una resolución más enérgica todavía como la entero-anastomosis secundaria ó sinó operaciones plásticas según las prescripciones ya por Czerni.

Sin embargo, no todos los autores conceden igual importancia al círculo vicioso; Terrier, Hartmann y Reclus en Francia; Czerni, Merrens y Rocharts en Alemania; consideran ilusorio el temor de la entrada de la bilis en el estómago y rechazan como innecesarias las

modificaciones aportadas á la técnica operatoria con el fin de impedirla.

Esto depende de la diferente gravedad que han presentado los casos clínicos á cada cirujano según el Doctor Rous la rejurjitación puede revestir caracteres y marcha distintas unas veces leve y fugaz tan sólo marcada por pasajeros vómitos biliosos. En otros casos el cuadro se presenta más sombrío, el enfermo provoca bocanadas de bilis, el estado nauseoso se hace continuo, el abdomen permanece retraído el pulso pierde su fuerza se precipita y deprime, la muerte sobreviene á corta fecha la autopsia revela el proceso flogístico extendido á todo el tramo digestivo, congestión de la mucosa á trechos interrumpida por equímosis y placas hemorrágicas de extensión variable.

Ya hemos visto las intervenciones enérgicas que para evitar dicho círculo han propuesto los diferentes cirujanos; naturalmente

que el procedimiento mejor seria el que se opusiera desde un principio á la eventualidad del círculo vicioso, por ejemplo, el de Roux si no tuviera los accidentes y contraindicaciones que antes hemos enumerado.

Siguiendo en cierto modo la idea de crear una válvula que hemos visto preconizada primeramente por Kocher y deseando aprovechar las ventajas indiscutibles del antiguo procedimiento, sobre todo en la Gastro-enterostomía anterior, el Doctor Rusca, se ha esforzado en hermanar todo lo posible ambas ideas originales ideando su procedimiento que es el que más veces hemos visto practicar á nuestro maestro el Doctor Ribera.

El procedimiento de Rusca, tal como lo ha descrito el mismo autor es el siguiente: "Incindidas la piel, la aponeurosis, con dos pinzas de Kocher levantamos un pliegue del peritoneo contándolo con cuidado para no interesar la cara anterior del estómago ó bien algun

intestino adosado á la pared abdominal: dirigidos por el índice de la mano izquierda, introducimos las ramas de unas tijeras rectas y prolongamos ^{hasta} los ángulos superior ó inferior de la incisión cutánea, la pequeña brecha peritoneal. Inmediatamente rodeamos en compresas asépticas húmedas, y fijamos los labios de la sección peritoneal todo el perímetro de la incisión.

Comprobado por la vista y el tacto, la exactitud del diagnóstico preoperatorio y rotas ó cortadas las bridas que algunas veces existen entre el colon ó epliplon y la pared abdominal anterior, levantamos el estómago, colon-transverso y omento mayor, desplegándolos encima del epigastro. Seguidamente vamos en busca del origen del yeyuno. Este tiempo aún en los casos en que ha existido un proceso peritonítico anterior que haya adherido entre sí las asas intestinales, no suele presentar dificultad alguna: por cuyo motivo no aceptamos á ver porqué esta maniobra era reputada de difícil y grave por cirujanos como Rockwitz, quien, para evitarla, implantaba en el

estómago la primera asa intestinal que á su mano se ofreciera. Basta, á menudo con el tacto dirigido á la izquierda de la columna vertebral y raíz del mesocolo transverso para descubrir la terminación del duodeno: en todos los casos la brida formada por el ligamento de Treitz y la presencia de las fositas peritoneales del duodeno servirán, si hay duda, para determinar la región verdadera. Una pinza elástica de Doyen previa expresión del contenido del yeyuno colocada á 20 centímetros de la plica-duodenales impedirá el reflujo ascendente intestinal y no causará estorbo alguno en las manipulaciones ulteriores de la intervención"

"Aislado el primer tramo yeyunal, mantenidas y protegidas en el abdomen á favor de compresas asépticas humedecidas con suero, las asa vecinas, calcúlese de visu el punto preciso del intestino donde deberá practicarse la incisión para que la anastomosis recaiga en la proximidad de la curvatura mayor del estómago vuelto á su po-

sición normal. La longitud del asa aferente oscila según Petersen entre tres y diez centímetros, en nuestra práctica, á pesar de haber operado casos de dilatación gástrica extrema la distancia máxima entre el acodamiento duodenal y el fonda mayor del estómago no ha pasado de seis á siete centímetros" "En una zona lo menos basculanzada posible del mesocolon, algo á la derecha de la línea media se desgarrá el mesenterio: y á través de la abertura así practicada se saca la pared posterior del estómago, cuidando bien de librarla con las adherencias que á menudo la fusiona con la hoja superior del mesocolon"

"Inmediatamente adosamos, fijando por dos puntos de sutura las extremidades de su diámetro transversal, la cara anterior del yeyuno á la curvatura mayor del estómago. El yeyuno, con relación al estómago, toma una dirección vertical, directamente descendente, su eje cruza al eje horizontal del estómago. No existe como en el procedi-

niento de von Hacher un asa izquierda aferente y otra derecha aferente ni como en el de Kocher asas anterior y posterior sino que por efecto del adosamiento natural de la cara anterior de intestino á la posterior del estómago, aquel no sufre desplazamiento ni inflexión alguna; y las ramas de la anastomosis se continúan directamente en superior ó central ó inferior ó terminal "

"La apreciación exacta de la longitud del asa aferente, calculada por la distancia que separa la altura de la plica-duodenalis de la curvatura mayor evita las tracciones y los acodamientos que por exceso ó defecto en sus dimensiones podría producir"

"Procedemos inmediatamente al primer plano de sutura seromuscular sirviéndonos de guía los dos puntos anteriormente colocados en los extremos del diámetro transversal del yeyuno. Prevenidos contra la posibilidad de penetración del contenido digestivo en el peritoneo, practicamos en la cara anterior del yeyuno, uniendo los extremos

de la primera sutura un corte semi-lunar de convexidad inferior y otro en el estómago en sentido contrario. Tienen por objeto estas incisiones arqueadas, ante todo obtener una anastomosis lo más ancha posible; dado el diámetro algunas veces exiguo del intestino, y luego la formación de una válvula que en los primeros momentos impida la penetración en el estómago de los jugos duodenales. En otro lugar, criticábamos el procedimiento valvular de Kocher; pero las condiciones anatómicas del método por nosotros propuesto y el fin encomendado á nuestra válvula son distintos hasta la fecha (Diciembre 1903) uno solo de nuestros operados tuvo una escasa rejugitación biliar que cesó tan pronto como la incorporamos ligeramente en la cama.

"No usamos para la coplostasis pinza alguna aplicada en el estómago como quiere Doyen; después de haberlas empleado durante mucho tiempo, no hemos convencido de que sirve de muy poco y pueden ser

sustituídas perfectamente por la mano derecha fija y atenta del ayudante. Si por las incisiones que acabamos de practicar asoma biliar ó moco con dos forunditas que retiramos más adelante obturamos la luz de las aberturas gástrica ó intestinal. Practicamos seguidamente el segundo plano de sutura: este es circular oclucor y comprende todas las capas del intestino y del estómago. Al poner este plano debe cuidarse mucho de que los bordes de la mucosa siempre sobrante no formen ectropion entre los labios de la incisión sino que queden incluidos en la luz del intestino. Cada tres ó cuatro puntos la sutura se refuerza por un punto atrás para impedir que se descorra ó afloje. Terminada la oclusión de la anastomosis queda tan sólo el último plano sero-muscular de adosamiento de las superficies peritoneales que han de ser las primeras en adherirse. Falta ya únicamente el fijar por una corona de puntos de sutura entrecortada los bordes de la abertura del mesocolo á la pared posterior del estómago, retirar la pinza coalsora del yeyuno y las compresas

colocadas para proteger la entrada de la cavidad peritoneal y reintegrar en el abdomen el colon, epliploon y estómago eviscerados. Esto se consigue con levantar los bordes de la incisión abdominal: por su propio peso aquellas vísceras caen inmediatamente en la cavidad y sitio que normalmente ocupan."

"Acostumbrados á practicar buenas suturas en dos planos en un tiempo relativamente corto no hemos sentido la necesidad del empleo de botones de Murphy ú otros similares para proceder con mayor sencillez y celeridad. Es más creemos, con mucho preferible una sutura bien hecha, que se enquista y reabsorbe sin molestias, á la unión por medio de un botón cuyo desprendimiento y eliminación ha sido á menudo causa de accidentes gravísimos."

"La sutura de la pared se hace en dos planos uno profundo, comprendiendo el peritoneo y aponeurosis para lo cual empleamos el catgut y otro con seda para la piel y el tegido grasoso subcutáneo,

además colocamos antes de anudar las asas profundas según la longitud de la incisión cuatro ó seis puntos con seda resistente que comprenden todas las capas y sirven para mantener coaptadas por más tiempo los bordes de la incisión.

Curso post-operatorio. Después de la operación el enfermo es trasladado á su habitación. Evitamos el dejarlo acostado en un plano completamente horizontal ó cabeza abajo como tienen costumbre de hacerlo muchos cloroformizadores para contrarrestar la temida anemia cerebral post-anestésica: antes por el contrario, colocamos la cama en un plano ligeramente inclinado hacia los pies. Hemos observado al efecto que muchos operados que comenzaban á presentar vómitos biliosos inmediatamente dejaban de hacerlo tan pronto como se les incorporaba un poco. Es lógico suponer que en las primeras horas subsiguientes á la operación por efecto de la paresia intestinal que acarrea la anestesia y manipulaciones peritoneales, el curso de los jugos duodenales amortiguado por el letargo del peristaltismo

obedezca tan solo á las leyes de la gravedad y refluya al estómago cuando este ocupe un nivel más bajo."

"Como creemos en este asunto lo que más importa es el primer paso y que la rejugitación una vez iniciada pueda persistir aún sin causa material ostensible, según lo han atestiguado diversas necropsias señalamos la influencia que el decúbito del enfermo ejerce en la producción del círculo vicioso."

"En la noche del primer día por poco que el enfermo lo reclame, propinamos una inyección de morfina. Comenzamos la alimentación líquida al siguiente día administramos leche, agua de Vichy, Champagne, á dosis moderadas, y alguna cantidad de suero quirúrgico cuando la baja en la tensión bascular lo exige. Estos ingesta van en progresivo aumento hasta el tercero ó cuarto día en que los sopi-caldos entremezclamos algún puré y luego carnes blancas hasta terminar la

primera semana: después de la cual algunos pacientes afectan y toleran con admiración propia una alimentación variada y abundante."

"Retiramos entonces la sutura superficial y ocho días después los puntos de refuerzo practicados con seda más resistente. Cuando ningún accidente á ocurrido, el enfermo abandona la cama tres semanas después de la operación."

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA GASTRO-ENTEROSTOMIA.

A nuestro modo de ver las indicaciones de estas anastómosis comprende dos grandes grupos bien distintos entre sí: el primero comprende todas las manifestaciones neoplásicas del estómago y duodeno y el segundo todas las afecciones benignas de estas mismas regiones.

En el primer caso es evidente que no puede ser más que paliativa, más en el segundo se puede afirmar que es curativa en el mayor número de las veces que se emplea.

Como por desgracia casi siempre que se opera en este órgano por no decir siempre, los cirujanos llegan tarde, y no queriendo hablar de la causa de este grave hecho, pues lo hace ya mi maestro el Doctor Ribera en el discurso inaugural de la Real Academia de Medicina en este mismo año, y yó no puedo añadir nada; pero no obstante haré una aclaración, y es, la de que la causa de recurrir tan tarde á la ope-

ración, la tiene siempre el médico, pues ya sabemos, que los enfermos por muy reacios que sean al acto operatorio siempre se consigue de ellos el consentimiento, y más cuando se trata de una enfermedad como es el cancer del estómago, que no tiene cinco minutos de tranquilidad por el dolor, el vómito y su estado general.

2
Generalmente suele ser el cancer, el tumor que con más frecuencia se encuentra en el estómago, y que por lo tanto obliga á practicar esta operación; y se pueden clasificar, en cánceres de la región pilórica (la localización más frecuente) cancer de la parte media del estómago, en que la región pilórica está poco invadida, y en tercer lugar, los de la cabeza del pancreas, le dan una serie de síntomas muy parecidos á los tumores del piloro, ó mejor dicho, del principio del duodeno.

Siendo muy interesante, el estudio de todas estas localizaciones del neoplasma y como la más frecuente es la del piloro, comenzaremos

por ellas.

La primera Gastro-enterostomía practicada en 1881 por Wolfier fué hecha por un tumor canceroso inoperable del píloro.

Después todas las intervenciones de los diez primeros años, han sido consagradas á hechos de la misma naturaleza, y hay día está indicada en otras muchas afecciones, ^{que} iremos exponiendo en el curso de este capítulo.

La estenosis del píloro, puede ser producida por neoplasias; fibroso: espasmo intermitente: y permanente.

El cancer se presenta bajo todas sus formas, pero la más frecuente es la del escirro que toma el aspecto de un anillo de un espesor de 15 á 20 milímetros, y presentando en su centro un canal anfractuoso y rígido sin alteración macroscópica notables de la mucosa, en la mayoría de los casos.

Doyen, habla de dos casos de niomas que los pone en duda y dice

que son excepcionales, pero la existencia posible de miomas anulares del píloro, es de una importancia grandísima en el punto de vista quirúrgico; pues sabido es lo frecuente que son después de las metritis los fibromas uterinos, hasta cierto punto; está demostrado que entre el proceso irritativo simple y los neoplasmas no hay más que una transición simple, así es que la curación de las lesiones de estómago premonitorias del cancer, es una de las más grandes conquistas de la ciencia moderna. La hipertrofia y la esclerosis de los tejidos musculares señalan el efecto de un proceso irritativo prolongado, Billroth señalaba en sus primeras operaciones de estómago, casos de úlcera cayosas del estómago fácilmente confundibles con el cancer y que son frecuentemente el punto de partida.

El cancer del estómago, puede ocupar indistintamente cualquiera de sus puntos, pero como decíamos anteriormente, el píloro es su punto de elección.

Otra de las indicaciones en que se usa la Gastro-enterostomía es en los casos de cancer de la cabeza del páncreas, pues dada la vecindad de las dos vísceras, determinan el consiguiente una compresión del duodeno y por tanto un estrechamiento mecánico que bajo el punto fisiológico da todos los síntomas habituales de esta enfermedad. Nonprofit cita dos casos de haber intervenido por esta causa. "Los resultados obtenidos son mucho mejores que en el estómago y estima, que para estos cánceres la Gastro-enterostomía es mucho mejor, que la yeyunostomía e."

Las afecciones de estómago que reclaman esta operación con las mayores probabilidades de éxito, por tratarse de lesiones que podrán comprometer más ó menos la vida del enfermo, pero nunca como las de la naturaleza neoplásica son: la úlcera propiamente dicha, ó sea en el periodo simple de ulceración: la úlcera complicada por las hematemesis, por tumefacción notable, por una perforación de pared: la

úlcera cicatrizada: la estenosis de píloro de origen ulceroso: las gastritis crónicas con ó sin adherencias: las dilataciones de estómago y el estómago biloculado.

Y en el duodeno tenemos las estenosis, la úlcera y la rotura traumática.

La úlcera de estómago propiamente dicha, que tiene su asiento en una proporción de 86 % en la cara posterior pequeña curvatura y extremidad pilórica pues en la gran curvatura cara anterior y el cardias no dá mas del 5 %. Generalmente suele ser única pero Britan dá el 31 % de casos en que fué múltiple; este autor pudo encontrar en 467 casos 97 en que la úlcera fué múltiple.

La úlcera comienza casi siempre por una lesión circumscripta en la mayoría de los casos en la capa superficial de la mucosa; "L'exulceration simple de Billaud" y á continuación aparece un proceso secundario de reacción inflamatoria.

Si la destrucción de los tejidos ha sido poco profunda y sobre todo como dice M. Hayen si el tratamiento interviene á tiempo este proceso secundario tiene tendencia á la reparación por una cicatrización. Esta cicatrización, es frecuente y son las pequeñas manchas opalinas pigmentadas que se pueden descubrir en el examen de varias mucosas gástricas.

Quando ha sido ejecutado un tratamiento médico y los vómitos y los dolores intensos continúan, síntomas resultantes del espasmo pilórico está indicada la Gastro-enterostomía pues resulta preferible á la resección; pues los resultados inmediatos son excelentes cesan los vómitos, y los dolores atenuan con gran rapidez, y el enfermo puede alimentarse rápidamente.

Algunos dicen, que la Gastro-enterostomía no es una operación curativa, pues puede recidivar en el mismo sitio ó á nivel del nuevo orificio (Leroy, Weidenhain, Kronlein, Bauveret) pero Monprofit y Kellie

dicen: todas las úlceras de estómago, deben tratarse por Gastro-entérostomía, porque se presentan con síntomas peligrosos y persistentes y resisten á la terapéutica médica durante varios meses. La intensidad de los sufrimientos los vómitos incoercibles sin hablar de hemorragias y perforaciones que lo dejamos para las complicaciones de esta misma lesión, obligan á intervenir, inmediatamente sobre todo si estos fenómenos se acompañan de inanición y tendencia marcada á la caquexia, y sobre todo, cuando se pueda hacer el diagnóstico y resulta que la úlcera es de píloro.

La operación es racional, porque disminuye el tiempo de contacto entre la úlcera y el jugo gástrico; hiperacidez y hipersecreción. A pesar de no estar conformes pues la escuela antigua con Hayen dicen, que la úlcera, es la causa de la hipersecreción y los modernos con Terrier dicen, que nó solamente, aumenta la hipersecreción sino que es la causa de dicha úlcera.

Como antes señalamos tres son las complicaciones más importantes de la úlcera del estómago; las hematemesis, la tumefacción y la perforación.

La primera de estas complicaciones se debe subdividir en dos: agudas y crónicas. En las primeras los resultados, no son muy excelentes para Hartmann, Saffie etc. por tener una mortalidad bastante considerable, y hace falta distinguir sin estas grandes hemorragias está justificada alguna operación será la Gastrotomía la única que permite ir directamente sobre el sitio de la hemorragia, y como decíamos, en este punto la intervención es discutida fuertemente por que tratada médicamente dan una proporción entre tres y once según la Tesis de Luis Pinatelli de Lyon, que trata de este asunto, porque la inmovilización absoluta el hielo al vientre y la ligadura de los miembros, se vá contener dichas hemorragias, y luego, las inyecciones de suero restablecen el equilibrio de presión si el estado lo per-

mite se puede practicar.

En las pequeñas hemorragias poco graves por ellas mismas, pero que por ser frecuentes terminar con el enfermo, se ha visto que la Gastro-enterostomía dá excelentes resultados, y así lo aconsejan los cirujanos alemanes Kister, Leube y Mikulicz, y dicen que con estas se produce el reposo de la úlcera y el tiempo necesario para su cicatrización.

Las tumefacciones peri-ulcerosas, generalmente suelen radicar á nivel del píloro, pero pueden insistir indistintamente en cualquier otro sitio; respecto al diagnóstico, suelen confundirse con estenosis cancerosas, no siendo nada más, que úlceras antiguas cicatrizadas, ó por la ingestión de líquidos corrosivos sea cual sea su grado, no casita como en la uretra una intervención, el tratamiento médico no puede dirigirse nada más que á los síntomas.

Las perforaciones, traen como fatal consecuencia una peritonitis

mortal y reclama por lo tanto la intervención en condiciones diferentes. En unas que se sutura la perforación y se hace enseguida una anastomosis y en otras que se utiliza el orificio de perforación para practicar la anastomosis; esta idea de Jaboulay no se pone en práctica por que hay que pensar en el estado que están los bordes después de una infección y que sirvan para un orificio nuevo.

La úlcera cicatrizada de l estómago debe considerarse como una de sus fases de evolución, esta fase es intermediaria entre la ulceración propiamente dicha y la curación en donde la tumefacción inflamatoria peri-ulcerosa, origina una estenosis pilórica, y por lo tanto está indicada la operación.

Si la Gastro-enterostomia que está indicada en las estenosis neoplásicas, con más motivo lo estará en estas estenosis cicatriciales, tanto más cuanto que no hay para ellas un tratamiento médico; la primera operación que fué hecha con esta indicación fué en 1884 por Monostingers.

La Gastro-enterostomía es preferible en estos casos á la división del píloro y piloroplastia, pues pone al abrigo de una recidiva como puede verse en la historia dada por Rosanheim de un muchacho de seis años tratado por piloroplastia, por estenosis pilórica y algunos meses después fué necesaria una Gastro-enterostomía por haber reaparecido todo el cuadro de la enfermedad.

En el curso de estos últimos años, se ha venido empleando la Gastro-enterostomía en un gran número de estados gástricos diversos, y algunos como Doyen, la usan como tratamiento de las dispepsias rebeldes. En las hipostenias que comprenden las atonías, gastritis crónicas, dispepsias nerviosas; estudiando los casos publicados de estas dispepsias se puede muy bien dividir en dos clases todos los operados: el primero las de orden motor, atonía y dilatación en que la mayor parte no encuentra beneficio alguno en la intervención y el segundo comprende las de origen secretorio, hipocloridia, hiperse-

creción que se curan ó por lo menos encuentran gran alivio; en la primera categoría son neurópatas, histéricos y en los que la atonía gástrica es el factor principal de los accidentes presentados, los síntomas de dilatación pero sin estenosis no presentan jamás el síndrome pilórico. En los hipopepticos, hipercloríricos y anaclorídricos estos enfermos se alimentan mal y su estado general va decayendo poco á poco, adelgazan y no encuentran ningún beneficio en el tratamiento médico y buscan una intervención pues de esta gastritis y atonía se impone á la larga una dilatación gástrica de que luego hablaremos. De los diez y ocho casos publicados en la memoria de Pignatelli se encuentra una sola curación completa, dos que salieron aliviados de las Clínicas de Pantoloni y Weir; trece de resultados nulos y dos que se agravaron.

Partmann y Soupault se separan á gran distancia de Doyen pues este dice que todas las dipepsias rebeldes á la medicina debe ope-

rarse y los dos primeros lo reservan, solo para las de síndrome pilórico (dolores acompañado del cuadro dispéptico que presenta el carácter de aparecer largo rato después de las comidas; de 1887 á 1900 Czerni intervino en seis casos por fenómenos de gastropia con los mismos éxitos.

La hipercloridria y enfermedad de Reichmann con su cuadro tan conocido de crisis dolorosas á las tres ó cuatro horas de la comida acompañadas de sensación de quemadura intensa con erupciones ácidas y dolorosas para terminar por un vómito ácido y amargo todo á la vez; con sus intervalos de más ó menos tiempo y constipación habitual, el síntoma pilórico es con frecuencia producido en estos enfermos por una úlcera creada por la hipersecreción ó es el resultado de un espasmo pilórico intermitente provocado por la sensibilidad dolorosa del vestibulo pilórico, pues según (Verhaeghen Sansoni ciertos individuos presentan al nivel de su mucosa pilórica espas-

nos producidos por la acidez clorídrica y los fenómenos dolorosos de la cavidad del estómago; y otros la han supuesto y alguna vez encontrado en el curso de una intervención pequeñas úlceras pilóricas ó peripilóricas, y en este segundo grupo los 24 casos que presenta la tesis anterior nos encontramos una defunción veintiuna curaciones, dos que se mejoraron.

Sabido es que no es esta la operación absoluta de estas enfermedades, pues tenemos la dilatación digital del píloro, la pilero-plastia etc. y sin hacer una comparación de las tres podemos decir que se debe rechazar la dilatación digital por estar expuesta á espasmo de este orificio y á recidivas.

No sucede aquí así con la Gastro-enterostomía, y copiando la memoria inaugural de la Real Academia del año 1907, de mi maestro el Doctor Ribera, diremos "¿Qué indicaciones puede llenar la Gastro-enterostomía en la enfermedad de Reichmann? ¿Qué le ocurre al pílo-

ro en esta enfermedad?" Cuando la producción de ácido clorhídrico es tan superior á la normal que resulta enteramente imposible á la desacidificación del contenido gástrico, el píloro entra en espasmo casi permanente, y como consecuencia de ese espasmo sobreviene el dolor ó la retención y el vómito ó ambas cosas en periodos alternos.

"En resumen, indicación precisa y terminante de la Gastro-antrostomía ó de la intervención quirúrgica: los trastornos debidos á hechos mecánicos. Todas las demás indicaciones son discutidas y discutibles"

Dilatación y dislocación gástrica: el tratamiento quirúrgico en las dilataciones simples del estómago por atonía ó ptosis, es una de las cuestiones más oscuras de la cirugía gástrica y difícil de llegar á una conclusión. De una parte que las observaciones publicadas son imprecisas ó son de estenosis pilóricas ó dispepsias con síntomas de dilatación y sabemos bien cuan difícil es encontrar una

dilatación primitiva y verdadera del estómago; en realidad son mucho más numerosas las opiniones emitidas en este punto que las operaciones practicadas. Parece que los resultados á veces excelentes están muy lejos de ser constantes. Y el beneficio de la intervención muy racional en principio es siempre variable, y algunas veces solo parcial y temporario.

Hay que ver que las dilataciones de estómago se trata de paredes que tienen una constitución particular. De aquí que los cirujanos se guardan generalmente muy bien de decidirse á practicar Gastro-enteroanastómosis sobre ellos.

Como última palabra diré que estas intervenciones son practicadas por (Kelling Kehr & en el Norte de América, en suma que la cuestión está pendiente.

Todavía restan algunas indicaciones de Gastro-enterostomia, por de pronto hay casos en que la ciencia los autoriza. Así Evvald ha

propuesto la Gastro-enterostomía en los vómitos incoercibles de los histéricos; Tuffié ha venido en su tesis en cierto modo á comprobarlo, operando sobre casos análogos.

El estómago biloculado ha sido objeto también de indicaciones de la Gastro-enterostomía; Pignatelli en su tesis de 1903 ha podido reunir nada menos que 28 casos de esta operación, con la circunstancia de que en algunos de los casos vienen desde von Wacker.

Aunque la úlcera del duodeno parezca salirse un poco del campo de operaciones del estómago, en rigor se comprende muy bien dada la circulación del tubo intestinal, que una úlcera en este órgano pueda beneficiarse notablemente en cuanto se la aísla de modo y evitando que las sustancias alimenticias la irriten.

He aquí por tanto, una nueva indicación de la Gastro-enterostomía. Lo que se ha dicho de la úlcera duodenal se puede aplicar á las otras manifestaciones malignas, es inútil decir, que esta operación parece ser hoy la intervención de elección en este género de

afecciones duodenales.

Y el juicio de los cirujanos modernos es, que ni la duodenoplastia y ninguna otra operación análoga pueda anteponerse á la Gastro-enterostomía; hay una porción de observaciones modernas que parecen comprobar esta proposición.

En suma, podemos resumir, con todos los cirujanos actuales que las indicaciones de la Gastro-enterostomía se deducen de los siguientes datos: La Gastro-enterostomía, gracias á los progresos constantes de su técnica, es una de las intervenciones más benignas y la más conocida de la cirugía gástrica. La mortalidad operatoria sin terminar de descender separando los cánceres, ha llegado á un 3 %. La peritonitis, las diarreas profusas, el círculo vicioso y otros accidentes frecuentes son hoy excepcionales.

El funcionamiento ulterior del tubo digestivo que ha sido objeto de un gran número de trabajos, se ha demostrado que se hace nor-

malmente como luego indicafemos, el píloro nuevamente formado es declive y dócil, pero no incontinente.

Por el contrario los resultados á la larga menos conocidos, comprenden un cierto número de puntos en litigio: frecuencia y proceso de degeneraciones cancerosas en las úlceras, duración de permeabilidad y funcionamiento ulterior del nuevo píloro, úlceras pépticas del yeyuno &c.

Es incontestable que en las estenosis anatómicas del píloro la Gastro-enterostomía tienen su mayores indicaciones (úlceras cancerosas &c.) en las dispepsias, en las hipostenias gástricas, atonía, gastritis crónica, anaclorihídrica, cancerosa, son en general donde mejores resultados se obtienen: pero por el contrario en las hiperestensias gástricas, hiperclorhidria simple ó hipersecreción de Reichmann, estos casos que son rebeldes la mayoría al tratamiento médico bien empleado reclama la Gastro-enterostomía cuyo número de curaciones

es bien conocida.

Los accidentes de hemorragia y perforación, esta operación se muestra de una eficacia real y cierta contra la repetición de las hemorragias crónicas de úlcera en evolución, de las perforaciones gástricas, la Gastro-enterostomía puede ser presentada como una operación de obturación local si se adosa el intestino á la perforación, rara vez empleado, y más seguro y útil, como una operación complementaria de drenaje á distancia, asegurando el estado de la sutura.

En agresiones no estenosantes y en actividad, como la úlcera, mejoran con gran rapidez y curan con la Gastro-enterostomía. Esta operación es siempre usada con preferencia á la yeyunostomía la más corriente, pues la escisión más grave, casi siempre imposible, y pueda que menos eficaz, por tanto constituye el tratamiento quirurgical por excelencia de la úlcera; no quiere esto decir, que no se pueda ensayar el tratamiento médico, pero las hematemesis continuarán y la in-

tolerancia gástrica, hará que el enfermo se caquette lentamente.

En el cancer gástrico no es menos útil la práctica de esta operación, á pesar de que los resultados obtenidos como decíamos, nunca llegan á cuando se practica por una lesión no maligna, pero el enfermo nota gran alivio, pues se alimentan y sobre todo cesan sus dolores, claro es que si se trata de un neoplasma que está en su primer período y que puede extirpar practicando una Gastrectomia, como más adelante indicaremos, queda resuelto el problema, porque de ese modo arrancamos á la vez la piedra y cantera, pues con la Gastro-enterostomia, no haremos nunca nada más, que quitar la piedra.

En las lesiones mecánicas extrapilóricas, como no se trata más que de obstrucciones, producida generalmente por compresión. La indicación operatoria por medio de la Gastro-enterostomia es clara y no deja lugar á duda.

La mortalidad, las causas de muerte después de la Gastro-enterotomía, debían de ser estudiados con cierta escrupulosidad, pues creo no deben entrar entre ellas como causa de la operación la falta de asepsia de técnica en las suturas, el estrangulamiento interno &c. &c. y sobre todo, como dice Monprofit, el estado general anterior de los enfermos, caquexia profunda y anemia antes de la operación: así como poner sobre un mismo cuadro, las operaciones hechas por dispepsia y cancer generalizado del estómago, por ser el mismo procedimiento técnico seguido en la operación, así es que yo creo, que no obstante la intervención y hacer mención de las estadísticas en conjunto, merece el separar las de causa benignas que siempre se tiene todas las probabilidades de los fatales casos de cancer. Claro es que todas estas causas van disminuyendo de día en día gracias á los perfeccionamientos de la técnica y sobre todo al conocimiento verdadero de esta operación.

Y así tenemos, que las primeras estadísticas dan una mortalidad considerable, pues llega al 66 % Solzmann, en 1886, el 53 % Wilhelm, y Haberkant el 42 % en 1896.

Chalunsky en 1898 pudo reunir 550 casos que en totalidad daban 212 muertos ó sea el 38 %, siendo estos el 55 % hasta el año 1885, el 47 % del 85 al 90 y el 34 después del 90.

Czerni 32 % en 1897, Miculier el 27 % en 1896, Doyen el 24 % en 1894, Carle y Fontan el 24 % en 1898.

Roux, en 116 casos 18 ó sea el 15,5 % que fué disminuyendo de la siguiente forma, pues en 1896 su estadística era el 20,7 %, del 97 al 98 - 12,9 %, y del 99 al 900, 10,9.

El proceder operatorio sin duda tiene también gran importancia pues Haberkant enseña que la Gastro-enterostomía interior preóptica en 104 casos 46 defunciones, ó sea el 44 % y por la Gastro-enterostomía posterior, 49 casos con 31 defunciones ó sea el 42,8 %.

Waeber, por la anterior, una mortalidad de 50 % y de 58,8 % en la posterior.

Mehler 47,9 % el anterior y 68,2 % la posterior.

Nonprofit, en los 100 casos que publicó en 1903, presenta el siguiente cuadro.

Procedimientos	Indicaciones	Operaciones	Muertes.
Anterior simple	Malignas	17	5
Wolfler.	Benignas	5	1
Posterior simple	Malignas	46	7
de von Hacker	Benignas	21	2
Posterior en Y	Malignas	"	"
Roux	Benignas	11	"

En suma, afecciones malignas 63 casos con 12 muertes, ó sea el 20 %; afecciones benignas 37 casos con 3 muertes, ó sea el 8 %.

Faberkant en afecciones malignas le dá el 43,5 %, úlceras el 23 %, estenosis el 8 %.

Las nuevas estadísticas de Czerni en 47 cánceras 38 %, y en 18 afecciones el 11 %.

26 Las mas recientes de Hartmann en afecciones no cancerosas, 4 en 27 casos, Terrier, 1 sobre 19; Pantaloni 0 en 35. W. Mayo 1 sobre 15; Petersen, 59 curas consecutivas; y Kaiser de Berlin, 15 sin ninguna defunción. Peterson que dicen, reunió 2548 con 760 defunciones ó sea el 30 %. En la Revista de Medicina y Cirujía del Doctor Esquerra en Diciembre de 1902, los cirujanos de Barcelona tenían 137 operaciones con 42 defunciones, siendo el tanto por ciento un poco más elevado del 30.

En el pequeño viaje que he podido hacer á Inglaterra y con la amabilidad con que me trataron los Doctores Glass, Willan y el Dr. Moynihan tuvo la atención de darme dos memorias de las que trata

22
de las operaciones de estómago, su última estadística publicada en el 13 de Noviembre de 1906, en la Royal Medical and Chirurgical Society; en ella el divide en 4 grupos las enfermedades benignas del estómago; el primero comprende: los casos de úlcera perforante; operaciones practicadas 27, curados 18, muertos 9; segundo grupo: los casos en que la hemorragia es la causa de la operación, y presenta 33 casos, curados 27, y seis muertos; el tercer grupo, casos varios como son: úlcera gástrica, úlcera duodenal y gástrico duodenal 306 casos; colilitiasis con úlcera gástrica duodenal 5, colilitiasis causa de obstrucción 6, gastroptosis sin úlcera encontrada 3; sin úlcera 6; 3 casos en que fué necesaria después ^{de} la plicoroplastia en dos de ellos hacer una Gastro-enterostomia; diez casos en los que eran operados por segunda vez, nueve en que se había practicado antes por gastritis ulcerosas, en total son, 348 casos que dan una curación, de 346, habiendo tenido sólo dos defunciones en el grupo de úlcera; y cuarto

grupo, comprende el estómago biloculado que suma 26 casos con 22 curaciones y 4 defunciones. En total presenta una estadística de 334 operaciones con 313 curaciones y el pequeño número de 21 defunciones; como se vé es la estadística mejor, pues presenta nada más que el 6 % de defunción, lo cual indica la habilidad y cuidado de este operador.

En la memoria inaugural de la Real Academia de Medicina del año actual que fué presentada y leída por mi querido maestro el Doctor Ribera, de 108 operaciones gástricas que presenta operados en su clínica, resulta que tenía hechas 68 Gastro-enterostomías, estas se pueden descomponer en la siguiente forma, como él lo hace; en 31 operaciones por cancer, 6 por úlcera, 23 por estrecheces pilóricas consecutivas á úlcera, 2 por adherencias, 3 por estenosis estrínicas del píloro, y una verificada en un enfermo que había sido gastro-enteronizado algunos meses antes; hay que tener en cuenta que los 31

cancerosos dieron una estadística de 48 %, reuniendo los restantes que suma 37 dan el 35 % que como se vé se diferencia en un 13 % de la intervención por cancer, teniendo en cuenta que si esta estadística resulta algo elevada, depende de las condiciones de extenuación en que se operan estos enfermos en España.

En el mismo día que me ocupaba de este asunto, llegó á mis manos gracias á mi querido amigo el Doctor Peña, la siguiente monografía, que al entregárnela me dejó como asustado, pues se titula "La Gastroenterostomía en la úlcera y cancer del estómago, sobre una serie de 54 operaciones con éxito" (estas son las letras más gruesas de la portada) por el Doctor Diógenes Decoud (Buenos Aires tercer Congreso Médico Latino Americano).

Leído con gran entusiasmo dice en uno de sus capítulos hablando de la úlcera "Luego, en el viejo, la evolución de la úlcera por poco que se prolongue no sólo es posible sino obligatoria el cancer. Si

procedemos con método en el examen de los enfermos, si escudriñamos cuidadosamente las primeras manifestaciones de su enfermedad, no es difícil constatar que los primeros signos de su neoplasia actual, se caracteriza bajo la forma de perturbaciones de la digestión en que el dolor bajo epigástrico, era frecuente y constantes las rejurgtaciones ácidas, con sensación de pesadez después de la ingestión de los alimentos, signos que corresponden á la ectasia gástrica con hipersecreción. Desde hace dos años, que yo procedo así sistemáticamente he podido constatar esos síntomas en muchos de mis últimos operados por cancer."

Y en otro punto más adelante dice "Sabemos que la aceleración del pulso la albuminuria transitoria, la laxitud matinal..... son signos que despiertan la idea de una tuberculosis inicial, y se actua en consecuencia. Lo mismo puede considerarse el cancer cuando á los antecedentes de una hiperacidéz más ó menos anterior se

agrega la edad mayor de 40 años y la dispepsia que de pronto sorprende y atenúa, la disminución actual, del ácido clorhídrico libre y la pérdida del apetito; no habría necesidad de otros datos para despertar la más grande sospecha."

Es el momento de sentar el problema operatorio. Si un paciente en esas condiciones no mejora rápidamente por el régimen bien instituido que hace maravillas en las dispepsias comunes, la intervención sangrienta debe practicarse enseguida, y si los médicos prácticos á quien acuden los pacientes se convencen de esta verdad, ofrecerán á los cirujanos la oportunidad de éxitos brillantes y definitivos."

Sus 54 operaciones se dividen en tres Gastrectomías, 5 pilorotomías y 46 Gastro-enterostomías.

Siendo la causa de dichas operaciones, seis en que el cancer estaba limitado, 26 en que se prolongaba á la curvadura menor, 4 indura-

ción de píloro sin gangrios, 4 dilatación de estómago, 10 con úlcera de píloro, 3 por estrechez de píloro y una consecutiva á la estrechez producida por un cáustico químico.

Como dice muy bien el Doctor Decoud, son operaciones con éxito, pero analizándolas ún poco se vé que uno falleció de hemorragia cerebral á las 30 horas de la operación, debido sin duda á los grandes vómitos anteriores á la operación ó quizás á l cloroformo; y si se admite la fórmula para la estadística operatoria de Nickuliers que dice por lo menos un mes de vida para la moratalidad operatoria, menciona tres casos más uno de bronconeumonia á los 22 días, otro á los 25 de caquexia cancerosa, y otro á los 28 por metástasis á la médula y parálisis ascendente.

El número 53 que según describe estaba en gravísimo estado al quinto día podía abandonar la cama, pero esa noche se levantó y cayó al suelo. Una hemorragia en sábana (según la autopsia) de la herida abdominal..... y para teminar diremos, que de las 56 neoplasias

pudo seguir el curso de la evolución en 18 de ellas, en las otras, la supervivencia ha variado en 45 días y de seis á nueve meses.

En cambio, en los 17 operados por lesiones no neoplásicas el éxito ha sido completo, pues algunos de ellos vieron aparecer sus síntomas pero con intensidad menor, dominándose fácilmente por el régimen de alimentación.

Como se vé el éxito donde se encuentra por la Gastro-enterostomía, es en todas aquellas enfermedades y por lo tanto, la malignidad es relativa, pero en el epiteloma, la operación es por excelencia la Gastrectomía, siempre que se pueda hacer, pues el enfermo que no muere á las pocas horas como el anteriormente citado, lo hace á los pocos meses por caquexia; porque la lesión no se ha quitado, y sinó avanza con tanta rapidez, como algunos dicen, casi nunca llega á poder contar largos años despues de la operación.

Con gran rapidez pondré los casos que he visto operar por las

distintas indicaciones, de los cursos de 1903 á 1905.

M. A. de 31 años, de Elche (Alicante) trastornos gástricos desde la niñez, vómitos ácidos después de las comidas, con dolor de estómago, y hacia 9 años, dos hematemesis. El estado actual, era caquéctico, dolor fijo por debajo del apéndice xifoides, vómitos alimenticios, el análisis del jugo gástrico, acidez total 4 por 1000, ácido clorhídrico 3 por 1000, indicios de láctico. Fué operada, dos de Octubre de 1905. L. m. s. píloro duro retraído por cicatriz que lo abraza. Gastro-enterostomía, Roux, retrocólica, posterior. La muerte sobrevino á los 5 días con síntomas de oclusión intestinal. La autopsia demostró, que las suturas y el peritoneo, estaban normales, el intestino delgado completamente dilatado, desde la anastomosis, colapsado lleno de masas estercoreáceas, duras.

[Epitelioma de colon transversal; A. S. de 48 años, Salamanca; hacia un año que había empezado con sus dolores de estómago y á los siete meses de tener estas molestias notó tumor doloroso y visible

en el epigastrión, vómitos, melena &c. Es estado actual al ingresar, era lamentable, por la distensión extrema en que se encontraba, se pudo apreciar el tumor macizo, y al parecer adherido á las paredes abdominales. El análisis del jugo gástrico nos demostró la falta del ácido clorhídrico en libertad, pero el láctico existía en gran cantidad; fué operado el 9-11-1903. L.p.m.s. Tumor de estómago adherido á la pared abdominal, ocupando la curvadura mayor, la cara anterior y el píloro, con infartos múltiples. Gastro-enterostomía, Bnca en el fondo mayor; vómitos biliosos desde las primeras horas de la operación, inyecciones de suero, enemas y cucharadas de leche, todo fué inútil, pues á los dos días murió por inanición.

Epitelioma de estómago. P.D. de 37 años, Guadalajara, sin antecedentes hereditarios, hacia varios meses que venía notando en el vientre un tumor, y había pasado una ictericia; el estado general del enfermo no es malo, en extremo, pues no obstante de estar demacado en alto grado, no presentaba nada de particular, en sus funciones

digestivas, respiratorias y circulatorio. El análisis, demostró la ausencia de ácido clorhídrico libre, la operación tuvo lugar el 8-10 - 1903. L.M. apr. Viéndose tumor de la cara superior del estómago, con adherencias á la cara inferior del hígado y se le hizo una Gastro-enterostomía en Y retrocólica anterior; los 36 días que continuó en la Clínica, fueron de un curso normal, y salió tolerando perfectamente, toda la alimentación.

Estenosis del píloro por adherencias con el hígado. F.N. de 33 años, de Córdoba, gran habitud á las bebidas alcohólicas (oficio carretero) Hacia tres años, le empezaron todos los trastornos; el curso anterior, se le practicó la gastrolisis, destruyendo las adherencias que el estómago tenía con el hígado, la operación resultó inútil. Estado actual, era bueno, pues no presentaba nada más que dolor intensísimo á la presión por debajo del apéndice xifoides, y alguna vez vómitos acompañados, de un dolor fuerte que sentía siempre después de las comidas. Fue operado el 23 - 10 - 1903 por el Doctor

Basca. L.m. sup. Perisgastritis con adherencias extensas entre el
tómago y el hígado, Gastro-enterostomía retrocólica posterior. Los
primeros días vómitos biliosos, y el dolor persistió algún tiempo;
el día 25 se fué dado de alta saliendo mejoradísimo de la Clínica.

Estenosis pilórica consecutiva á úlcera. E.B. de 50 años, natu-
ral de Burges, alcohólico antiguo, 20 años de sufrimiento con los
vómitos frecuentes, ematemesis, melena y dolores intensos del es-
tómago; intolerancia grande, solo toma pequeñas cantidades de lac
y por lo tanto, demacración completa. Fué operado, 16 - 10 - 1903.

L.m. sup. tumor duro en la región pilórica, con extensas adheren-
cias, infartos ganglionares y se pudo ver que el tumor estaba desa-
rrollado, en sitio que habia ocupado anteriormente una úlcera. Se
practicó, un Roux retrocólico posterior; el enfermo empezó á dige-
rir admirablemente, pero la temperatura oscilaba, entre 35° y 36°; un
ataque de delirio tremens hizo que se metiera los dedos en la her

da y falleció el 10 de Noviembre, pudiendo decir, que este enfermo, la causa de su muerte, fué el delirio y el coma.

Úlcera pilórica, con estrechez ó espasmo del píloro, C. C. de 34 años, (Sagevia) dos años de molestias, vómitos ácidos e. el 7 de Octubre, un vómito grande de sangre, melena, dolor á la presión en el epigastrio, que se irradia, estreñimiento pertinaz, en el jugo gástrico gran cantidad de ácido clorhídrico libre. Operada 12 - 2 - 1904. L. m. sup. Gruesas cicatrices en el píloro. Gastro-enterostomía Buc-ca retrocólica posterior. Al abrirle el estómago, cayó alguna cantidad de jugo gástrico en el peritoneo. Síntomas de peritonitis los primeros días. El día 20 al curarle, sale gran cantidad de pus por los puntos profundos, con la herida completamente cicatrizada y habiendo desaparecido todos los trastornos gástricos, fué dado de alta el 13 de Marzo.

Dilatación de estómago (estenosis de píloro por úlcera gástrica) M. R. E. de 50 años, (Seria) alcohólico, sífilítico, 20 años de pa-

decimamentos, vómitos oscuros, tolerancia de los alimentos durante dos horas, pasadas las cuales tiene que vomitar. Operación 1 - 12 - 1904. Gastro-entrostomía Rusca, gastrocólica posterior; píloro duro englosado cicatricial. Vómitos durante los tres primeros días, disnea intensa, y muerte. A la autopsia, nada de peritonéo, ni en las suturas, Endocarditis e insuficiencia vital. Hiperemia intensa, de la mucosa bronquial.

Estenosis pilórica, consecutiva úlcera, S.N. de 30 años, de Nava-lón, hace dos años padecimientos, vómitos de color rojo. Muy demacra-da. No se aprecia tumor, Acido clorhídrico libre. Operada, 5 - 12 Gastro-enterostomía Roux, retrocólica posterior, alta por curación 5 de Enero.

Epitelioma del estómago, M.V. 57 años, Cas troncuño, dos años y medio de molestias, vómitos alimenticios, hace dos meses diarrea oscura. En la región umbilical, tumor de gran volumen. Enferma semi-

caquectica no hay trastornos funcionales. Análisis de sangre L. E. 5.500 operada el 13-11-1903 L.M. sup. tumor del tamaño de un puño en la pared posterior, curvatura mayor y piloro mesocolon y colon transverso prodedimiento Rusca retro-colica posterior el 15 de Diciembre fué dada de alta no se le han vuelto á presentar los vómitos y se encuentra muy aliviada.

F.M. de 34 años de Vitoria desde hacia pocos meses tenia una demacración extrema vómitos y estreñimiento. El pulso apenas perceptible. Por palpación nada se apreciaba el análisis de sangre el 21 de Marzo: R. 4.690.000 normales H. 93. L. 6.400 .L.M. sup. Cancer de piloro del tamaño de una mandarina ulcerado y invadido el epiploon Nada anormal fué dado de alta el 16 de Mayo despues de habersele placticado una gastroenterostomia Rusca.

F.T. mujer de 54 años de Almodovar del Campo inapetencia desde hace 8 meses grandes vómitos y dolores intensos demacrada se puede

apreciar tumor duro adherido y doloroso espontaneamente y á la presión. Operada 15-10-1904 L.M. sup. El tumor es pequeño pero muy adherido al hígado Gastro-enterostomia Ruska retro-colica posterior no hubo ningún accidente y fué dada de alta el 4 de Noviembre. Tolerando bien los alimentos pero persistiendo aun algún dolor.

F.L. 35 años Cordoba. 4 años de dolores intensos en el epigastrio que se acentuan con la ingestión de alimentos vómitos y emetesis repetidas. Tumor adherido á la pared del abdomen. Operada 20-12-1904, confirmado el diagnóstico y numerosos ganglios mesentericos. Gastroenterostomia Ruxx muerta al dia siguiente. Autopsia cara posterior del estómago una ulcera extensa con adherencias al páncreas. Nada de peritoneo.

M.F. 49 años de Viana del Bollo dispepsico desde los 14 años intolerancia absoluta hematemesis grandes y repetidas y melena. Globulos rojos 2.200.000 L.10.000. H.O, 33. Ulcera de estómago operado 26-11-1904. L.M. sup. Estómago grande gran cantidad de vasos. Gas-

troenterostomia Rusca retro-colica posterior el 26-11-1904, el enfermo murió el 27 con una violenta ematemesis pues no reaccionó despues de la operación y continuó desde aquella misma tarde teniendo pequeñas ematemesis.

Estrechez pilórica consecutiva á ulcera. E.G. 29 años Cádiz desde hacia 3 años sintomas completo de ulcera de estómago ultimamente vómitos alimenticios enflaquecimiento grande. Dilatación gástrica acido clorhidrico en el jugo gástrico se encuentra en libertad. Operado 26-10-1903. Estrechez y cicatricial de piloro Gastroenterostomia Rusca retrocolica posterior curación completa y alta el 29-11-1903 .

L.B.V. de 39 años Madrid su madre murió de cancer de estómago. Hace 4 años estreñimientos eruptos y vómitos acuosos, dolor en el epigastrio acompañado de sudores frios y que se irradia al hipocondrio derecho, vómitos biliosos el diagnostico que se hizo fué

de lesiones probables de las vías biliares. Operado el 31-1-1905 L.m. sup. Encontrandose normal el hígado y vejiga biliar; un tumor de la cabeza del páncreas que rodeaba la porción pilórica del estómago Gastro-enterostomía Roux retro-colica posterior, curso post operatorio normal alta por curación el 20-2-1905.

Todos estos casos han sido operados por mi maestro el Doctor Ribera en los cursos de 1903 á 1905. en la Facultad de Medicina.

Úlcera antigua y síndrome de estrechez pilórica M.D. sufre de su estómago desde hace 15 años en esta época una hematemesis abundantísima, crisis de intolerancia gástrica pues no puede hacer ninguna comida sin tener los dolores y vómitos que tanto la molestaban el 15-11-1906, fué operada por Gastro-enterostomía posterior por el procedimiento de von Hacker. L.m. sup. induración del píloro y dilatación gástrica á los quince días fué dada de alta alimen-

tandose y digiriendo perfectamente cuanto introducía en su estómago (Monprofit)

Úlcera y estenosis pilórica L.B. de 46 años había padecido anteriormente una perigastritis después de esta enfermedad perdió completamente el apetito y dice empezó con su sufrimiento de estómago no pudiendo hacer una comida sin que vaya acompañada de dolor y vómito, lo único que tolera un poco mejor es la leche, desde hace poco tiempo había adelgazado muchísimo fué operado por el doctor Gosse haciendo una Gastro-enterostomía en posterior en Y. No reaccionó y murió según me dijeron al tercer día.

Cáncer de estómago J.B. de 49 años doce con sufrimientos gástricos vómitos ácidos después de las comidas durante este tiempo algunas ematemesis, melenas y estreñimiento pertinaz, por palpación tumor doloroso y movable el 8 de Enero fué operada por el doctor Guinard, Gastro-enterostomía Roux, el enfermo continuó larga temporada y se marchó aliviado pues disminuyeron vómitos y digestión mejor.

Unas de las cosas que más han preocupado á todos los cirujanos es el modo de preparar estos enfermos para la operación pues dada la generalidad de los casos están como tantas veces hemos dicho, en un estado deplorable y todo lo que se haga con ellos, resulta fatigoso y de poco provecho según muchos cirujanos.

42
Sobre el lavado del estómago antes de la operación hay una infinidad de trabajos Lucke, Lauenstein, Balin, Caselli, Ratimoff, Kocher, hoy día no se ha llegado á una conclusión; Billroth emplea el agua pura y templada; con una disolución horicada Jaboulay; con disolución salicílica al 1 por 1000 Rydygier; al 2 por 1000 Ratimoff; al 3 por 1000 Kocher; con disolución de bicarbonato Návaro; Lucke lleva la exageración al extremo de practicar el lavado varios días antes de la operación, y por fin una hora antes de esta. Las ventajas que le consignan son las de practicar la asepsia gástrica, y practicar la diuresis haciendo penetrar una gran cantidad de líquido en

el sistema bascular, á esto contestó Návaro que jamás obtuvo esta resistencia á pesar de haber hecho pasar hasta veinte litros.

5 Nosotros podemos decir, que no son inocentes y que predisponen al choc y en todos los casos fatigan mucho á los enfermos que no están habituados á esta maniobra. George, Reclus & los prescribe, Terrier y Hartmann, á mí me parece son los que están en lo cierto, pues dicen tenemos la costumbre de no hacerlo sino en los enfermos que están habituados, pues sobre estos, no les deprime y se puede hacer sin inconveniencia, y se tiene la ventaja de limpiar el estómago de su contenido.

La trasfusión de sangre, á la que recurría Laentein hoy día con las inyecciones de suero, están sustituidas por ser mucho más lógicas y fáciles de practicar.

El purgante anterior á la operación para la evacuación del tubo digestivo, creemos, que hace falta evitar, todo lo que pueda fatigar

al enfermo, y bajo este punto de vista tener gran cuenta de su estado general, y Terrier aconseja dejarle el día de la operación, lo más tranquilo posible.

26
Laurentin, no dá á sus enfermos desde la entrada en el hospital más que alimentos líquidos, lo más nutritivos posibles, los días anteriores á la operación, lava el estómago y el mismo día le dá alimentación inmediatamente antes del lavado del estómago, con una solución de ácido salicílico á 36° ó 37°.

ANESTESIA.

Esta cuestión es mirada muy distintamente, pues así como Hankn presentó un enfermo extremadamente extenuado operado sin anestesia, Reclus, hace uso de la cocaína en los caquéticos y en los branquíticos. Creemos se debe dormir al enfermo, y para este fin se han utilizado: Kocher empieza por el cloroformo, y continúa con el éter pues cree en la acción debilitante de una cloroformización prolongada.

40
gada; Návaro, hace primero inyección de morfina y después emplea el eter; Roux, emplea exclusivamente el eter; Lucke, una mezcla de una parte de cloroformo y dos de dimethylacetel; Lauenstein con los ingleses siempre cloroformo; Billroth aconseja la mezcla de alcohol, eter, y cloroformo, pero hoy día lo que está más admitido, es el cloroformo procurando gastar la menor cantidad posible, para mantener la anestesia.

ASEPSIA DE LA PARED.

Lavado jabonoso, mejor con jabón líquido, limpieza mecánica con una moña de gasa con relleno de paja ó viruta, puesto que la limpieza mecánica brusca, con el cepillo, puede ocasionar herosiones cutáneas, que se infecten ó rotura de algún quiste, intra-Abdominal; al hacer la limpieza de la pared, se procura deshacer el pliegue umbilical mediante tracciones hechas en su centro con una pinza de presión, generalmente en las clínicas de París no se acostumbra á hacer la escisión del ombligo, por tanto hay que tener cui-

dado en su asepticación.

INCISION DE LA PARED.

Hoy está admitida la laparotomía supra-umbilical de 10 á 15 centímetros, entre el apéndice xifoides y el ombligo no preocupándose de dejar este á la derecha ó izquierda, por ser la que dispone menos á la eventración con una buena sutura. Billroth y Welfler con la escuela de Viena aconsejaron algún tiempo la lateral paralela al reborde costal. La incisión en L en los casos de grandes adherencias periestomacales; pero con la laparotomía media supra-umbilical, se puede casi siempre hacer toda clase de maniobras.

Una vez abierto el vientre, es cuando el cirujano debe de poner más atención, sobre todo si se trata ó sospecha de una afección maligna, dice Monprofit, pues por esta exploración decidirá el género de intervención que tiene que practicar, después de haber explorado el tumor de la región pilórica ó de pancreas, y en su falta el estado del estómago, dilatación, torsión, atresia, biloculado &c. una vez de-

cidido por la Gastro-enterostomía hay una porción de puntos que son comunes y de gran importancia: Lugar de la anastomosis, el asa de intestino que hay que abocar, es no solamente el yeyuno, sino la primera porción, puede abocarse al duodeno, pero será en condiciones especiales, Lucke y Rockwold en 1896, decían que no tenía importancia el punto de elección, Roux, á un asa situada á 40 centímetros del ciego. Lauenstein perdió un enfermo de inanición por anastomosar á un punto que distaba dos metros del duodeno; Obalinski ha suturado el ciego al estómago (1)

Para buscar esta primera asa, de todos los procedimientos ideados, el que creo mejor, es el de Adam y Wilhelm que es el que aconseja el doctor Rusca en su memoria que ya queda indicada. Cuando no se puede levantar el colon Haesler imita la maniobra de Courvoisier y aconseja perforar el ophiplon gastro-cólico y el mesocolon. Para mantener vacías las partes de intestino y estómago que se van

40
á anastomosar se han ideado infinidad de pinzas y aparatos de coprostasis, las pinzas de Doyen, la de Hartmann, el Clamp de Guinar &. con unas pinzas de Spenser cuyas ramas sean revestidas con tubos de cautchout se obtiene lo deseado y si no el mismo ayudante puede practicarla con las manos; las incisiones, se pueden practicar con el bisturí ó con el termo cauterio, y unos la practican de un solo golpe todas las capas y otros como Roux, Momproufit, y Ribera, en primer tiempo, serosa y muscular, y en segundo la mucosa; Zermatski en 1898 recomendaba incidir oblicuamente el intestino y no transversal. La incisión estomacal, Mayo la practica algunos centímetros de la gran curvatura; á su nivel, Doyen ha propuesto la incisión estomacal perpendicular á la del intestino.

La unión de estos órganos ya he dicho que puede ser por sutura ó por los innumerables aparatos de aproximación: la primera la sutura en dos planos a puntos reforzados y entre las segundas el de Malphy.

El cierre del abdomen entre todos los procedimientos que he visto practicar, dos me parecen que son los más útiles, el practicado por el Doctor Ribera, que lo hace en dos planos peritoneal & pero antes ha pasado tres puntos profundos con cordonetes de la siguiente forma: son cordonetes, enhebrados en dos agujas curvas del tamaño mayor y pasa cada aguja del peritoneo á piel evitando de este modo el poder infectar pasando de piel á peritoneo, en la misma forma en el otro labio de la herida, después de practicada la sutura en los dos planos anuda éstos que son de gran sujeción indudablemente; y Mr. Guinar hace en la misma forma que el Doctor Ribera pero de piel á peritoneo las dos asas; sutura en tres planos haciendo la sutura de la piel con ganchos de Michel, y una vez terminada coloca dos rollos de gasa á cada lado de la sutura comprendidos entre los puntos profundos, los cuales anuda fuertemente, y después pasa otra gasa dando circulares por debajo de las primeras para producir aún

nás presión; y después cura antiséptica &.

CUIDADOS INMEDIATOS.

Como estos enfermos son entregados á los cirujanos en malísimas condiciones uno de los cuidados que hay que tener es el colapso post-operatorio, para lo cual habrá que luchar en la siguiente forma, por medio de calentadores aplicados á los pies & si son necesarias inyecciones de eter, cafeína, pero sobre todo las inyecciones de suero en cantidad de mil á dos mil gramos en las 24 horas si el pulso es débil; Monprofit aconseja que después de 5 ó 6 horas de la operación se le pueden dar cucharillas de champagne ó ron con algunos trozos de hielo, y aquella misma noche una inyección de morfina para asegurar el sueño por lo reparador que es.

Respecto á los días siguientes de la operación han variado en extremo, pues antes no se atrevían á alimentar á estos enfermos; Roux empezó á salir de esta norma de la manera siguiente: por administrar á sus enfermos leche, agua de Vichy mezclada con cognac, en-

pasaba enema evacuador y administraba enseguida otro con la fórmula de Desfosses; leche ó caldo, 50 gramos, ron 30, yema de huevo n.º 1, peptonina 5 gramos.

Al cuarto día caldo con huevos, después de lavado y una purga; al quinto día, empezaba á darles carne, esta dieta como luego veremos era en extremo prolongada, y se puede decir que muchos enfermos morían de hambre; y Roux demostró teóricamente y clínicamente este gran error; Salzer, tuvo un caso, de un operado que al cuarto día tenía tal hambre que se comió de un golpe medio pollo, y Monprofit, otro que también al cuarto día se comió una gran ensalada de patatas con vinagre y los dos enfermos curaron; así, que dice, que desde esa época deja á sus enfermos comer á partir del primer día con tal que no tengan diarrea.

Hoy día, se sigue en las clínicas de París el siguiente procedimiento: dejar á los enfermos comer desde el segundo día, pues dicen

que es preciso alimentar antes á estos operados que cualquier otro laparotomizado; las suturas son siempre sólidas en un órgano de esa naturaleza y la nueva boca en sitio conveniente, así es que se les puede dejar, comer y beber, según sus ganas; algunos aconsejan el lavado del estómago, á los dos ó tres días, pero Terrier y Hartmann, lo practican en el momento que se eleva la temperatura, y hay sequedad de boca y lengua, pues indican ligeros fenómenos de putrefacción estomacal, y cesan todos ellos; en todos los casos conviene asegurarse de la antisepsia bucal, por evitar las complicaciones pulmonares y parotilianas frecuente en estas operaciones; hay que tener mucho cuidado con el curso de las materias intestinales, y no administrar ningún purgante pues vienen grandes diarreas que debilitan al enfermo y le hacen caer en colapso, pues la diarrea, como luego veremos, es una de las complicaciones más importantes, y el modo de evitarla la mayoría de las veces, consiste, según Terrier, en dar al enfermo

entre los líquidos que ingiere una pequeña cantidad de láudano y al mismo tiempo, lavar el estómago, para separar los productos pútridos que llegados al intestino son probablemente la causa, y este tratamiento tan sencillo, dice haberles dado grandes resultados.

En caso de vómitos biliosos, que con los procedimientos actuales son bastante raros hoy día, se puede remediar inmediatamente habriendo otra vez el vientre y practicar las entero-anastomosis secundarias, en que Mikulicz en 74 casos dice haberlo hecho, 30 veces, y que las Gastro-enterostomias posteriores, la han obligado, más que las anteriores. Siendo también usadas las operaciones plásticas de Doyen Czerni que agranda la boca de anastomosis del lado de la rama descendente.

Las complicaciones graves que pueden sobrevenir, después de esta operación son: unas de falta operatoria y otras accidentales, entre

las primeras tenemos, las hemorragias y las infecciones, y entre las segundas, los accidentes pulmonares, estrangulamientos internos y las eventraciones.

Las hemorragias son debidas ó á la bascularización anormal del estómago, ó que alguna ligadura quedase mal hecha; la mayoría de los cirujanos, presentan casos de esta forma: Rydygier, Veir, Tuffier.

Las infecciones hoy día se puede decir, que son raras, pero no obstante, se puede presentar la peritonitis, la flegmasia alba dolens, los accesos abdominales, la parotoifitis, los flemones perigastríticos, y conforme con los experimentos practicados se sabe, que la septicemia del contenido intestinal aumenta á medida que se aproxima á la terminación ó sea al recto.

Los accidentes pulmonares que suelen ocurrir, los alemanes lo atribuyen á la penetración de parcelas alimenticias en los bronquios, y Roux dice que la culpa es de los anestésicos, y en particular el

eter, y se pueden ver memorias que tratan de la gangrena pulmonar consecutiva á la Gastro-enterostomia; pero estas infecciones pueden muy bien venir del exterior y no tener nada que ver la operación y por lo tanto predisponer como otra cualquiera.

47
Los estrangulamientos internos, estos suelen ser en el orificio practicado en el epliploon gastro-cólico, falta que se evita hoy con la sutura de los bordes de la abertura gastro-cólica en los casos que se emplean botones para anastomosar es facil la torsión del intestino.

El choc; durante las primeras 36 horas es de tener en todas las operaciones, y principalmente, en las operaciones del vientre; pero hoy disminuye afortunadamente á la indicación de una técnica más precisa y á la disminución de tiempo empleado en la operación; y los accesos sufrénicos tambien son ráros por la escrupulosidad con que hoy se opera.

Las eventraciones es complicación de la laparotomía ordinaria y generalmente la causa, es la supuración de alguno de los puntos de rotura debido á los esfuerzos que producen los vómitos.

Después de la Gastro-enterostomía, sobreviene en el estado funcional y quimismo modificaciones debidas á la regresión del órgano y al imperfecto funcionalismo de las partes sobre las que ha recaído la operación.

Y así tenemos, que la capacidad del estómago que antes estaba dilatado, tarda más ó menos en retraerse, haciéndolo también en mayor ó menor grado; esta es rápida cuando la estrechez pilórica es grande y producida rápidamente; este hecho se observa sobre todo, en los casos de estenosis cancerosa, pero también se vé en las estrechezes cicatriciales de marcha rápida (quemaduras de píloro) de donde seguimos que está ligado á la rapidez de evolución de las estrecheces y no

á la naturaleza de la enfermedad. Para explicar las dilataciones persistentes se culpa al mal abocamiento intestinal, ó acodamiento, á la infiltración cancerosa del órgano, y á las bridas de adherencia con órganos vecinos.

67
Continencia del nuevo orificio; en general buena, como lo demuestran los experimentos de insuflación, sin embargo, algunos casos (de Terrier, Hartmann, Devic) en que los resultados no son tan satisfactorios sin haber podido apreciar la causa. Se ha dicho, que la exclusión del nuevo píloro, era debida á una hipertrofia funcional (Mintz, Dunin, Carle et Fantino) de la túnica muscular, pero los exámenes histológicos de las Gastro-enterostomias de (Siegen, Sapault) no muestra ninguna hipertrofia alrededor de orificio, y se explica perfectamente por las contracciones de las fibras longitudinales del estómago.

Los experimentos practicados en esta facultad, por el Doctor Rivera, demuestran, que el nuevo píloro, es continente y que la cantidad

de leche introducida por medio de una sonda, á los cinco minutos se encontraba coagulada, y sin haber pasado absolutamente nada al intestino.

El estado de las funciones motrices no se recupera nunca por completo, pues si bien es cierto que con el simple cateterismo, hay ocasiones en que no se extraen restos alimenticios, estos aparecen siempre que se hace un lavado. ¿A que es debida esta insuficiencia de evacuación? Desde luego hay que pensar, en la atonía y la distensión del músculo estomacal, el obstáculo que le oponen á su contracción las bridas que le fijan á las partes vecinas. La contracción del estómago, es insuficiente, pues no se vacía más que por rebozamiento, hay siempre un fondo de estancación.

Secreción: En algunas observaciones se tiene que el jugo gástrico tiene acidez, menor que de ordinario, cualquiera que sea la causa de la estenosis. La acidez del jugo gástrico, es debida á la secre-

21
ción glandular y á las fermentaciones, con respecto á estas últimas acabamos de decir que debido á los trastornos motrices del estómago, siempre hay estancación de residuos alimenticios, y por tanto fermentaciones, por otra parte, como ha desaparecido la causa de irritación de las glándulas estas agotadas, por un trabajo excesivo, cesa de segregar y tienden á atrofiarse, lo cual explica que el líquido retirado una hora después de la comida, de prueba, es menos rico de la que se retira hora y media después.

El reflujo, de la bilis, suele ser abundante en el primer día de la operación y algunas veces dura dos ó tres días como lo hemos podido comprobar en algunos operados, pero á partir de ese tiempo, va disminuyendo hasta llegar á desaparecer, pero hay casos en que es tal la abundancia que es imposible hacer el análisis del jugo gástrico.

El llamado círculo vicioso que tan poca importancia le dan Ter-

rier, Hartmann, Recluz, Czerny Merkens, y que el Doctor Rusca dice, es siempre un fenómeno anómalo, patológico y digno de atención; también dice que en los autores no existe el querer interpretar el mecanismo y las causas de este círculo, pues Masse fundándose en experimentos de laboratorio, niega que el reflujo del contenido duodenal, pueda por sí sólo acarrearlo, pues los animales sometidos á la anastomosis gastro-biliar, no experimentan contratiempo alguno por la entrada de bilis en el estómago, y las observaciones clínicas así lo demuestran; otros como Tabea, Kappeler tomando por base los experimentos de Chlumski dicen, que si bien la bilis es incapaz por sí sola para determinar los graves trastornos del círculo vicioso la mezcla de la misma con el jugo pancreático, al penetrar en el estómago, imposibilita la digestión y acarrea la muerte.

En todos los operados de Gastro-enterostomía, es casi corriente encontrar este círculo vicioso, acompañado de sus trastornos y se

pregunta ¿en qué momento la bilis llega al estómago? ¿esta se hace continuamente ó en cierto momento sólo? Para demostrar que la llegada de material intestinal al estómago se hace de manera intermitente y sólo cuando el intestino es excitado por los alimentos se practica el experimento siguiente: se lava el estómago y se administra después una comida de prueba, la cual sacada una hora después no tiene bilis; cuando se extrae la comida á la hora y media sale ya coloreada con la bilis.

Otra de las preguntas de Terrier es la vía por donde llega la bilis al estómago, y dice que se puede afirmar que llega por la anastomosis gastro-intestinal, porque se observa después de la plicatura con sutura de las dos aberturas y Gastro-enteroanastomosis complementaria. La cantidad de bilis y su permanencia en el estómago son cortas, no produce grandes trastornos, pero cuando estas se acompañan de la secreción pancreática produce graves trastornos, Stendel

45
hizo experimentos que no aseguraba lo anteriormente dicho, se ha demostrado, que el contacto del quimo ácido es indispensable para despertar el reflujo duodenal, y se produce en virtud de esto la secreción pancreática que luego se transforma en los tres fermentos: trip-tico, amilolítico y hipolítico ó saponificante, según los elementos de los expulsado por el estómago y su acción sobre la digestión gástrica normal, tiene que ser muy pequeña.

También se sabe que todos los procedimientos de Gastro-enterostomía anterior, predisponen más á este círculo vicioso y que las posteriores ponen al abrigo de este accidente, y que dadas las condiciones en que se practica, el de mayores probabilidades de éxito es el del Doctor Rusca.

Sabido es que los enfermos que padecan obstrucción del píloro sea su causa cual fuere presentan una constipación habitual y que hacen verdaderos abuso de los purgantes, pues presentan atonía de

intestino y como es escasa la cantidad de alimento que á este llega, los residuos tienen que ser naturalmente, poco abundantes, con la Gastro-enterostomia, se establece la normalidad por hacerlo tambien la alimentación, pero hay que tener en cuenta que muchas veces suele aparecer una diarrea y sobre todo en los operados caquéticos que es una de las complicaciones de más importancia por estar estos enfermos muy abatidos.

La cantidad de orina, úrea, y azúca que esta contiene, tambien están disminuidas y en relación con el grado de estenosis que existe, pues al estar disminuida la absorción intestinal, por la dificultad de paso, la secreción del riñón tambien lo estará, pues esta depende de aquella, y ha sido admitido la disminución de la úrea como signo del cancer en genral y especial del estómago.

G A S T R E C T O M I A

Se entiende por Gastrectomia la resección parcial ó total ~~a~~ del estómago.

La primera Gastrectomia en el hombre fué practicada por Pean el año 1879 se trataba de una Gastrectomia por cáncer y la operación y la operación fué seguida de muerte; lo mismo sucedió con el segundo caso de Pean operado en 1880. Es á Billroth á quien corresponde la primera curación obtenida en el hombre en 1881. Sin embargo se habian practicado ya antes de estas fechas algunas resecciones de estómago, hechas en condiciones completamente especiales por ejemplo los citados por Terrier en el tratado de cirugía gástrica pero es á Pean y sobre todo á Bileor y su Escuela al que se debe la vulgarización de la Gastrectomia. Los resultados no fueron brillantes al principio las

estadísticas de la época de Duleau, Guinard, Dreidorff; entre 1879 y 1892 quedaron una mortalidad de 57% .

En Alemania la operación fué tomada con mas entusiasmo que en ninguna parte, haciendo un trabajo de análisis lo mas completo posible, se buscaba á todo trance que la intervención diera todo lo que pudiera dar, sobre todo á quien mas se debe el perfeccionamiento técnico y operatorio de la Gastrectomía es á Kocher que pudo reunir condiciones suficientes para decir "por favor señores médicos permitánnos curar sus enfermos".

Efectivamente según las conclusiones que aparecen en la tesis citada de Guinard se ven ya las siguientes líneas "el cancer del estómago es una afección quirúrgica en todos los periodos de su evolución. La operación del cáncer al principio es una operación benigna y eficaz. El cáncer del estómago cura por resección"

Desde entonces la cuestión comenzó á estenderse Tufié no tar-

dó en mostrar bellas operaciones de Gastro-pilorectomia declarando que la cirugía de estómago podía encarnar de lleno en las grandes líneas que se siguen para las resecciones y anastomosis; sin embargo ya hemos dicho lo elevada que era la mortalidad en dicha época bien es verdad que los cirujanos no dejaban de achacar á los médicos de que si el resultado no era mejor era debido á la falta de precocidad en la intervención sin embargo hay que advertir que si no se decidían los médicos por la operación, era en vista de su gravedad.

Después de estas primeras memorias las tesis tratando sobre la misma cuestión, se han multiplicado extraordinariamente Tuffier, Delbet, Walther, Ricard, Faure, Villora, Vallas, Couillaud, Berard, Momprofit y mas recientemente Baigle cita algunas observaciones de M. Jaboulay y poco á poco se ha llegado á rebajar la mortalidad de estadísticas entre 37 y 41 que cuentan las estadísticas modernas. La mejora en general observada en todas las estadísticas después de 1892 es debida á causas diversas, por de pronto hay como ya hemos dicho un cui-

dado mayor al elegir los casos operatorios por otra parte la asepsia ha sustituido á la antisepsia además en fin se ha perfeccionado la técnica de las suturas. Sin embargo como dice Terrier esta mortalidad es todavía reducible, todo cáncer del estómago debe operarse inmediatamente que es diagnosticado; al menos que el estado general del enfermo ó la extensión muy grande de la lesión, no constituya una contra indicación á la operación. La Gastrectomia tiene sobre la Gastro-enterostomia la gran ventaja de tender á la verdadera curación del cáncer, no se trata aquí de una operación que se hace para facilitar la evacuación del estómago ni aun para suprimir un obstáculo á la misma que era el objeto que perseguian los antiguos cirujanos.

La resección no debe dirigirse simplemente á evitar los obstáculos pilóricos sino que siguiendo el principio general de cirugía que exige que todo tumor canceroso extirpable sea extirpado amplia-

mente la Gastrectomía debe adaptarse á esto.

El cáncer de estómago es mas benigno que el cáncer de la mama que el cáncer de la lengua por que es un cáncer de evolución lenta.

Actualmente la cuestión ha sido tomada desde el punto de vista de todo lo que se refiere á la extensión é invasión, profundidad, evolución &c como se puede ver en el trabajo de resepciones de estómago del doctor Rene Leriche.

Según las conclusiones anatómo-patológicas y experimentales, el cáncer del estómago se presenta en condiciones muy favorables para la ablación quirúrgica curativa. Radicando en un órgano móvil que se halla aislado en la cavidad abdominal y cuyos ganglios linfáticos están aplicados en contacto con sus pedículos vasculares, el cáncer se extiende en el mismo punto no invade los órganos vecinos y no provoca mas que muy tardíamente metástasis, á causa de esto dada la ventaja enorme que hay en intervenir en buena hora todo enfermo sospechoso de cáncer debe someterse en el mas breve tiempo á

La parotomia exploradora con mucha mas razón un cáncer antiguo.

La zona de invasión despues de los experimentos de los histologistas Czerni, Carle Pautino, Maragliano no se extiende mas allá de dos á tres centímetros del tumor, por tanto la resección debe comprenderla en su ablación .

Según Terrier el cáncer del estómago seria tanto mas operable cuanto que motiva la muerte no por ser cáncer sino por ser una lesion que conduce á tales trastornos de la nutrición que la vida se hace imposible.

En realidad la Gastrectomia practicada por motivos de cáncer ha ido ganando terreno en estos últimos años por todas las Clinicas ; pero sus indicaciones como mas tarde veremos a proposito de las historias que hemos de comentar no estar reducidas á solo los casos de cáncer sino que hay otras causas como traumatismos, ulceras á que pueden requerirla.

El arte técnico seguido en esta operacion como ha dicho muy bien

Tuffie encarna en lo que se conocia ya como lineas generales para las otras entero-anastómosis.

La operación comprende sobre poco mas ó menos los mismos puntos que en la Gastro-enterostomia . Laperotómia media supra umbilical; en algunos casos es preciso prolongarla hacia abajo como se ve en las mismas observaciones presentadas ya por existir adherencia ó ya debido á la extensión de la lesión ó propagación á los órganos próximos el segundo tiempo debe dedicarse á la exploración el cirujano debe de reconocer si se puede quitar todo lo neoplásico ó nó.

Según las observaciones antes citadas las lesiones del páncreas ó del higado no siendo muy extensas no contra indican la operación.

Probada la posibilidad de hacer una Gastrectomia, habrá que atraer el estómago al exterior, en primer lugar por que es muy difícil operar teniendo el estómago en su sitio y en segundo por que es muy peligroso como hemos visto mas atras apropósito de la gastro-enterostomia, en los casos en que no se pueda habrá que adaptarse á operar

en otras condiciones aunque por esto mismo las probabilidades de bondad en la operación disminuya notablemente.

69 Estas adherencias suelen ser adherencias parietales generalmente muy fáciles de destruir, adherencias epiploicas que pueden ser el resultado de la invasión cancerosa, adherencias hepáticas mas difíciles de tratar según los casos de Mocher, Bilrau, Terrier, según el caso del Doctor Rivera la deliberación fué fácil. Las adherencias pancreáticas son tambien muy frecuentes y para muchos cirujanos son causa por si sola de contra indicación Jurré, Billroth, Socin. que han practicado diferentes veces resecciones de la cabeza del pancrea han perdido los enfermos en una observación del doctor Rivera sucede lo mismo; las adherencias intestinales generalmente lo son con el grueso intestino y tienen una enorme importancia suelen ser los casos que sucumben por peritonitis.

El tercer tiempo de la operación es la exisión ó extirpación del tumor, comprende como primer tiempo la hemostasia; en un principio

Pean y Billroth en sus primeras operaciones se contenta con la oclusión manual practicada por sus ayudantes; mas tarde se ha recurrido á la compresión instrumental, no voy á insistir aquí en enumerar todas las diferentes formas de compresores; unicamente diré que la mayor parte de ellos por no decir todos practican la compresión por medio de pinzas recubiertas ó nó por tubos de cauchut; la ventaja de la compresión y su fácil manejo.

Sin embargo, ha habido cirujanes que para practicar la oclusión puesto que al mismo tiempo que la hemostasia se puede hacer han hecho mano de la ligadura Pean, Czerni empleaban la ligadura elástica, Kocher, Sede, Billroth empleaban simples ligaduras con gruesas sedas. Mi maestro el doctor Ribera prefiere hacer una serie de pedículos independientes los unos de los otros pero de modo que el conjunto comprenda toda la porción del ligamento gastro-cólico que corresponde á la porción del estómago que va á extirpar procurando que el punto donde se coloquen los pedículos esté lo mas próximo po-

sible al estómago para que continúe el riego en cuanto queda del epiploon gastro-cólico; coloca luego una serie de ligaduras periféricas que queda con el epiploon y una vez hecho los pediculos es cuando corta el epiploon gastro-cólico muy cerca del estómago, colocando en esta viscera las pinzas necesarias si algunos de sus vasos sangra.

65
Hecha la hemostasia de los dos ligamentos y de las curvaduras se procede á escindir las paredes del estómago y el duodeno cuando se estirpa la porción pilórica á la vez que la porción gástrica. El Doctor Ribera cree que para practicar la coprostasis previa el mejor procedimiento son las manos de un ayudante esto en lo que se refiere á la porción cardiaca que en cuanto á la porción duodenal en la fija mediante una pinza; toda vez que mantener por otro ayudante cogido del duodeno sería estorvar en la operación; las razones por la que el doctor Ribera hace la coprostasis estomacal por medio de los dedos de un ayudante no deja de ser una razón práctica toda vez que es mucho mas difícil abrazar bien entre el becado

de una pinza toda la extensión de las paredes de estómago á seccionar .

Una vez limitado con los dedos ó con las pinzas el neoplasma se procede al tiempo de la insición de las paredes según los investigadores antes citados la sección de las paredes del estómago debe hacerse en tejidos sanos, es decir á tres centímetros del límite del mal apreciable por la palpación digital según á dicho Czerný .

Como la neoplasia cancerosa se estiende mas por la tunica mucosa de ahí que se haya propuesto seccionarla mas alla de la lesión cancerosa, que las otra tunicas, quedando por tanto una mayor extensión de tunicas externas, para poder afrontar las dos partes del estómago teniendo además la ventaja de hacer una resección amplia de tejidos canceroso ó que pueda estar próximo á degenerar en neoplasia.

Cocher ha preconizado que se comience la sección por el lado duodenal; habría dos ventajas, la primera, el dirigir al levantar la porción superior, el contenido estomacal hacia el cárdias, la segunda

el poder destruir así mas fácilmente las adherencias profundas, Billroth comenzaba por el lado duodenal solo los cánceres graves. Según el Doctor Ribera la incisión de las paredes del estómago y el duodeno bien valiendose del bisturí ó de las tijeras no tiene nada de especial y debe practicarse por la parte mas accesible. El tiempo para ello de verdadera importancia es el del momento de la deliberación del tumor, es decir de la rotura de todas las adherencias de que antes hablabamos.

Hecha la separación de la parte enferma viene la restauración del conducto gastro intestinal restableciendo la continuidad entre el estómago y el duodeno.

Despues de la hemostasia de la superficie de sección es preciso hacer la sutura & Antes es preciso vaciar y limpiar el estómago & algunos cirujanos lo han sostenido Trendelenburg, Billroth, Pean han vaciado el estómago bien mediante un trocar ó bien mediante una pequeña incisión sin embargo la práctica moderna no es esa Ferrier

Hartmann, Monprofit, Ribera, aconsejan que la sutura se debe practicar inmediatamente toda vez que estos lavados no dejan de ser muy peligrosos. La sutura se practica con seda, excepcionalmente con cargut, sólo algunos cirujanos como Kocher practican con cargut, la sutura de la mucosa, y con seda la de la serosa.

629
Los planos de sutura han sido muy discutidos según algunos cirujanos, la sutura deberá practicarse en tres planos, y hoy parece ser la más empleada sin embargo, después de Czerni, muchos cirujanos entre ellos el Doctor Ribera emplea la sutura en dos planos, músculo mucosa y seroserosa. Esta sutura, debe ser á punto por encima que es mucho más rápida, sin embargo, hoy parece que se reconocen más ventajas á la sutura entrecortada. Estas ventajas, pueden obtenerse también por medio de la sutura á punto por encima deteniéndose cada 4 ó 5 puntos con uno atrás, como hemos visto practicar siempre al Doctor Ribera con seda no muy fina y hecha por medio de agujas curvas y cilíndricas.

La sutura debe practicarse con todo cuidado, pues si algún día hay que hacer á los antiguos procedimientos tal como el Roth, debe hacerse en la técnica con que practicaban la sutura, para que no haya accidentes post-operatorios, como dice el Doctor Ribera, saber suturar y sobre todo, saber aproximar sin violencia alguna.

A fin de evitar la contaminación del peritoneo lo más temible, de la sutura, suele empezarse siguiendo el antiguo método, por una sutura semicircular seroserosa que se deja interrumpida, luego practica enseguida una nueva sutura músculo mucosa circular, completa, y á continuación se termina la seroserosa iniciada.

El botón metálico ha sido también empleado en la técnica de esta operación, sin embargo, de su empleo ha faltado mucho para generalizarse.

Terminando la suturas, se procede á la colocación de los órganos.

exteriorizados en el abdomen y á la oclusión de la pared abdominal, generalmente antes de introducir las vísceras en el abdomen, suele lavárselas delicadamente con una disolución de suero artificial templado.

Si hay completa seguridad ó al menos se tiene la confianza de no haber cometido ningún descuido aséptico, puede cerrarse herméticamente la pared sin ningún inconveniente, pero como generalmente suele quedar la duda, y siempre es mejor pecar por exceso que por defecto, pues en suma no supone más que dos ó tres días más de cicatrización, siempre que haya esta pequeña duda, se debe colocar un tubo de drenaje en el sitio más declive para que sea más fácil el desague.

Expuestas estas generalizaciones aplicables á todas las operaciones de resección gástrica, cualquiera que sea su sitio y el procedimiento empleado, voy á decir nada más que dos palabras á vias de suplemento histórico, sobre los diferentes procedimientos particulares de Gastrectomía.

El descubrimiento del tumor, su deliberación, su ablación son siempre los mismos cualquiera que sea el procedimiento empleado, lo único que se diferencia es la anastomosis gastro-intestinal, utilizada para restablecer la continuidad del tubo digestivo.

La anastomosis puede ser, término terminal, término lateral y latero lateral.

ANASTOMOSIS TÉRMINO TERMINAL:

Esta anastomosis es el procedimiento inicial de la escuela de Billroth, actualmente todavía sigue adoptada por un gran número de cirujanos, Mikuliz, Kreilen y Ribera.

Como después de la incisión del tumor al reunir las dos secciones estomacal y duodenal, existen siempre notorias diferencias de calibre es preciso ó hacer una incisión oblicua oval en el duodeno que sea igual en superficie á la del estómago ó bien hacer una incisión perpendicular tanto en el intestino, como en el estómago, y estrechar la sección estomacal, por medio de una sutura hasta que presente sólo

calibre de la del duodeno.

Billroth, ha empleado ambos procedimientos, ha practicado secciones oblicuas y perpendiculares, pero su equivocación no está en las incisiones, sino en las suturas, modo de coacción de los ángulos; la sutura, era un accidente muy frecuente en las primeras operaciones así que no es extraño, que se hayan multiplicado estas más tarde.

ANASTOMOSIS TÉRMINO LATERAL:

Después de haber practicado un cierto número de veces la pilorectomía, según el procedimiento primitivo de la escuela de Billroth, Kocher, preconiza en 1890 la anastomosis, término lateral; él aconseja operar de la manera siguiente: "incisión en la línea media á la altura de la cavidad abdominal, exteriorización del estómago, pinzas á presión, aislamiento del tumor, extirpación del tumor, todos estos tiempos según el método general antes indicado; en único que varia el procedimiento es en que él sutura, todo la primera sección del estómago, para abrir una nueva abertura en la cara

posterior donde vá á implantar el duodeno, claro está que esta última incisión es de una extensión correspondiente á la anchura del duodeno, hace el abocamiento y sutura siguiendo la regla general. Para esta implantación algunos cirujanos han tratado de implantar el botón de Murphy.

Numerosas objeciones han sido hechas al procedimiento de Kocher, se ha dicho que la operación era impracticable si la porción pilórica á reseca era extensa, sin embargo, el procedimiento de Kocher, es una operación favorablemente comentada por los autores modernos Letulle, Terrier &c.

ANASTOMOSIS LATERO LATERAL:

Fue también Billroth el que aconsejó en la Sociedad de Cirujía Alemana, el combinar la piloroplastia á la Gastro-enterostomía, en 1885 de aquí que se la llamara por algunos autores segundo método de Billroth, efectivamente, después de haber practicado una Gastro-enterostomía, siguiendo el procedimiento de Wol-

fier aisló el tumor pilórico del duodeno, cerró este por dos planos de sutura de Lambert y después reseó la parte estomacal del tumor cerrando á continuación el estómago, por una sutura de Czerny, á la que él añadió algunos puntos siguiendo el nodo de Lambert.

Más tarde volvió á insistir en este mismo procedimiento, sin embargo, recurría á la Gastroenterostomía en los casos de carcinoma a tenso.

La Gastro-enterostomía, combinada á la pilorectomía ha sido practicada siguiendo la técnica variable de esta operación posterior, anterior, suturas, botones &c. pero un gran número de cirujanos; la mortalidad que presenta la estadística sin embargo, es muy considerable; la de Guinard mismo, tiene una mortalidad del 44 %, claro está que esta depende de la gravedad de los casos en que se interviene; para Kocher, von Hacker, Hartmann, Terrier, este es un procedimiento de necesidad, en que hay que hacer una extirpación extensa del duo-

deno.

La pilorrectomia típica ó sea anastomosis término terminal presenta las ventajas; primera, de la imposibilidad de emplear la término terminal cuando las lesiones se extienden del lado del duodeno y en la mayoría de los casos extendidos al lado del estómago; segundo, recidiva en la sutura sino se ha resacado ampliamente; tercero, dificultad de la sutura y algunos han tenido que emplear el botón; cuarto, perforación de la sutura en un punto de encuentro entre la sutura de oclusión y la de abocamiento.

El proceder de Kocher no suprime la circulación de los alimentos en el duodeno, y evita el empleo de la sutura en raqueta; expone á estiramientos cuando el estómago y duodeno no se deja fácilmente aproximar; no se adapta á todos casos y hay que abandonarlo cuando el neoplasma se extiende al lado del duodeno: y expone á estrecheces á nivel de la boca anastomótica.

Fiados en Hartmann y Soupault de que el retorno de la biliar no produce accidentes; la Gastro-enterostomía posterior, de Wacker y en Y de Roux, se puede emplear en todos los casos y permite emplear una abertura en que el estómago é intestino lo larga que sea necesaria.

PILERECTOMIA EN DOS TIEMPOS:

Consiste primero, Gastro-enterostomía y después extirpación del píloro con sutura del estómago y duodeno; la primera que se hizo en esta forma, fué por Tuhalske en 1871 que reseco el píloro tres meses después: se recomienda este método en enfermos que no pueden resistir la pilorectomía, el tiempo entre las dos operaciones no se puede tasar, sino decir cuando el enfermo este repuesto de la primera.

Las ventajas son, en el caso de lesiones benignas, que con la primera operación puede bastar, y en los casos de error de diagnóstico. Nunca los enfermos de hemorragia y perforación.

GASTRECTOMIA CILÍNDRICA PARCIAL Ó CENTRAL.

Son raras, pues suelen ser mas frecuentes en placa, se practica la operación librando de intervención las curvaduras, y se reseca entre dos pinzas la parte enferma del estómago para obtener sobre el borde cardiaco, un orificio de dimensiones iguales á los del orificio de la boca pilórica. Hartmann, reseco alguna vez una nueva porción de la región cardiaca y evita la sutura en raqueta que tiene los inconvenientes antes citados, la primera operación 1881, Billroth.

Cardiectomia y resección cardio gástrica: la creencia de cortar los dos nervios neumogástricos y la dificultad que se encuentra al elevar de manera de poderle resecar y suturar la extremidad del exófago á la herida del estómago hacen recurrir á esta operación. Pero Krehb que ha ensayado sobre perros dormidos, cortar ó separar los ramúsculos nerviosos de la extremidad inferior del exófago sin influir en la nutrición. W. Levy ha dado el manual operatorio de la ablación

del cardias.

Incisión de la pared en ángulo recto, desde el esternón á algunos traveses de dedo á la izquierda del ombligo, y del otro lado desde este punto horizontalmente á cortar el músculo recto en toda su extensión; separados los bordes, el hígado se dirige arriba y á la derecha, el estómago abajo y á la izquierda. Se incinde el epiploon en la mitad izquierda cerca del cardias. Un ayudante dirige el cardias á la izquierda alrededor del asa del exófago para poder ver y ligar las arterias y venas coronarias izquierdas que son las que interrumpen la movilización del cardias. Guiados por un ayudante que introduce el índice izquierdo en el cardias se cortan los filetes que están en el lado izquierdo del estómago á la pared posterior del abdomen. El segmento inferior del exófago es elevado y dirigido hacia abajo; la parte que se tiene que resacar está libre, cortar y suturar á la medida.

Esta operación en el cadáver se puede practicar pero en el vivo, es difícil. Así es que en estos casos de estenosis de cardias, se prefiere hacer una Gastrostomía que permita la alimentación y en el caso de estrechamiento fibroso, hacer la dilatación retrógrada; en 1904, Sencert y Gross de Nancy repitieron la operación de Levy. Parnier tuvo éxito en una cardiectomía por cáncer; Luis Sencert publicó en 1905 un estudio muy completo sobre la cirugía del cardias.

GASTRECTOMIA TOTAL:

Se entiende la extirpación completa del estómago, seguida de una exófago-enterostomía, para restablecer el conducto del tubo digestivo, Connor en 1882, hizo la primera en un enfermo de 50 años, el enfermo murió; Schlatter en 1897, el 6 de Septiembre, la primera curación que fué hecha por el ayudante de Kronlein; Schlatter

El 14 de Junio de 1899 Ricard, de (Paris) presentó á la Sociedad de cirugía que había extirpado el estómago y una gran parte del pancreas por cancer infiltrado de la parte posterior del estómago, con adherencias al pancreas.

En 1899, Gallet otro caso en una enferma, de 59 años, la operación la practicó en Septiembre, y el 5 de Marzo de 1900 la enferma continuaba con excelente salud.

En 1904, M.M. Gallet y Patel publicaron un caso de Gastrectomia practicado por el profesor Jaboulay de Lyon y creyeron operar un calcinoma de la totalidad del estómago y Mr. Roux de Lausanne en 1904, dice, que con una Gastro-enterostomia era suficiente y no una operación tan grave pues se trataba de una linite plastique, pues es muy difícil hacer el diagnóstico entre esta nueva enfermedad y el cancer del estómago.

MANUAL OPERATORIO:

Laparotomia media superior, incisión del perito-

neo, estómago descubierto, ligamento gastro-cólico, y alguna vez el colon transversal; una vez puesto el estómago al exterior, se pueden ver sus lesiones. Segundo tiempo, dirigir el estómago hacia fuera y protegido con compresas, se perforó el ligamento gastro-cólico en dos ó tres puntos, y se tiene lo más cerca posible de la gran curvatura y sin denudar el colon, pero si se encuentra denudado, lo mejor es resecarlo, para evitar su mortificación que fatalmente produce accidentes mortales; seccionado el ligamento gastro-cólico entre dos pinzas y tapado con compresas se procede al tercer tiempo, que consiste en aplicar una pinza de Richelot sobre el exófago lo más alta posible sobre el estómago si no se puede movilizar la extremidad superior del órgano se coloca una segunda pinza, tres ó cuatro centímetros más baja, próximo á la pinza inferior se seccionan los tejidos, los muñones son desinfectados por una gasa con sublimado débil y colocados provisionalmente; cuarto tiempo, se secciona el ligamento gast

cólico, se procede como para la gran curvatura se quitan los ganglios encerrados, como el estómago está adherido por la parte inferior, se puede dirigir hacia adelante, y explorar la parte posterior al mismo que existan adherencias; quinto tiempo, libre el peño inferior del estómago, se secciona la primera porción del duodeno entre dos pismas de Bean; sexto tiempo, restablecer la continuidad del tubo digestivo sea por la anastomosis, exófago duodenal, término terminal directa (xófago-duodenostomia) sea la anastomosis exófago duodenal (exófago yeyunostomia) que puede ser directa ó por acodamiento, despues de la sutura de los cabos terminales este procedimiento claro es que puede modificarse según las diversas formas.

GASTRECTOMIA POR RESECCIÓN PARCIAL DEL ESTÓMAGO:

Comprende todas las

resecciones parciales que pueden recaer sobre el centro ú orificios del estómago, des son las operaciones, la simple extirpación de los labios de una perforación ó la extirpación de una parte del estóma-

go por úlcera ú otra lesión sin perforación; es difícil distinguir entre estas dos variedades de una operación, pues no representan nada más que dos fases sucesivas, y la sutura es preferible á la extirpación de los labios. Hace falta distinguir, cuando estas lesiones recaen sobre las caras ó las curvaduras, pues son intervenciones distintas bajo el punto de vista técnico.

HISTORIA:

El método de Czerni, es llamado así por ser el primero que en 1887, en Alemania, la usó como tratamiento curativo de las úlceras del estómago, y en 1902 Or Rodmon ha enseñado que Kleeff había operado de esta forma en el 1882, pero lo que hizo fué una pilorectomía (Terrier y Hartmann) el manual operatorio varía en la extensión y sobre todo el sitio, cara anterior ó posterior, ó las curvaduras.

Primero, resección de los labios de una parte de substancia, es preciso introducir en esta operación, el incidir simplemente los labios de una úlcera ó los bordes de una herida contusa, y suturar

los bordes con ó sin imbricación, esta incisión puede ser de ordinario con tijeras, pero el bisturí y el termo cauterio pueden utilizarse también, procurando hacerlo de tal suerte, que la sutura no estreche la cavidad estomacal.

Segundo, resección verdadera del estómago; esta es cuando se separa una porción de estómago acompañada de una porción de tejido sano (a) cara anterior; es fácil pues la parte enferma se coge con unas pinzas y se aísla del resto del estómago, por pinzas curvas elásticas, se reseca y se cierra con dos suturas, la primera comprende todas las túnicas, y la segunda, serosa muscular, que recubre la primera; se puede hacer una resección de la pared abdominal cuando hay adherencias, como lo ha hecho Billroth, Salomón, pues en estas adherencias hace falta ejecutar este método, como ocurre en las fistulas gástricas. (b) cara posterior, el primer tiempo consiste, en la maniobra de McFarland ó la incisión de Terrier y Hartmann, mejorado por Jorgue que

opera de atrás adelante, ó mejor dicho por la cavidad posterior del epiploon. El epiploon gástrico, es sacado y abierto, y se puede hacer bascular el estómago, y operar como por la cara anterior; también se puede operar transgástrica después de la Gastrotomía exploratriz anterior, ese método que parece sería el más expuesto por las infecciones es el que emplean por más fácil los cirujanos Chaput, Brenner

(c) curvaturas; generalmente sobre la gran curvatura; no es difícil consiste colocar bien las pinzas que aislan y sobre todo, cuando se opera sobre la pequeña curvatura y separar los epiploon con cuidado, y practicar la sutura de modo que no disminuya el orificio, sobre todo en la pequeña curvatura.

Tercero, las secciones parciales del píloro, en este caso es preferible, hacer una pilorectomía típica, de los enfermos que fueron operados por Billroth el número de tres murieron, y los operados por Czerny, curaron:

Cuarto; plásticos complementarios, cuando se opera por lesiones

es raro tener que quitar un gran trozo de pared, pero puede darse el caso, de úlceras múltiples etc. y para no disminuir la cavidad gástrica con suturas difíciles hace falta hacer gastro-plastias, análogas á las que se utilizan despues de las ablaciones de los grandes tumores de la cara; aproximación del epliplon (epliplon plastia) de una parte del duodeno. (duodeno plastias) y si es preciso el hígado (hepato plastia) rara vez usado.

Quinto; resecciones con gastro-enterostomia, la úlcera cayosa y penetrante, es una de las formas que puede ser tratada por la combinación de la Gastro-enterostomia con la resección de un sólo tiempo; Prentner y despues Terrier y Hartmann, han enseñado el interés de esta operación y en 14 casos sólo han perdido seis.

La operación de la Gastrectomia total, ha venido á la clínica por el método experimental; la primera Gastrectomia completa, la practicó Launbuche haciendo la extirpación completa del estómago y suturando el píloro al cardias. En todo caso el estómago estaba re-

ducido al volumen de un huevo de gallina, la enferma curó; al poco tiempo, practicó otra operación análoga, donde tuvo la desgracia de que la sutura cediera en parte muriendo la enferma de peritonitis. Sin embargo, Larenburg, él mismo ha hecho notar que sus extirpaciones, no era completas, parece ser que Tricomi, ha realizado la primera extirpación completa del estómago, en 1897, algunos meses más tarde la operación fué repetida en el Norte de America, y las observaciones estas operaciones pueden encontrarse en Terrier y Hartmann, y de creer á Reclus, la extirpación total del estómago, ha venido á ser casi una intervención vanal, la técnica operatoria no tiene ninguna particularidad: El caso operado por Pean es el siguiente: publicado en la Gaceta de los Hospitales (Paris) 27 de Mayo de 1879 página 473. La operación fué practicada el 9 de Abril del 1879, con el concurso de Bernier, Garrigou, Collin. Una incisión de 5 traveses de dedo, fué hecha de arriba á abajo del ombligo, pasando un poco á la izquierda en este último según las reglas que han trazado para la

Gastrotonia. Apesar del estado profundamente anémico en que estaba sumido este enfermo, encontramos bastantes ramos arteriales y venosos bastante dilatados para necesitar el pinzamiento temporal. Una vez abierto el peritoneo, reconocimos como habíamos pensado, que el estómago estaba hipertrofiado, llenaba todo el abdomen formando por delante de los intestinos una especie de odre inflamado del que no se veía mas que la cara anterior.

Antes de la operación el vientre estaba plano excepto al nivel y á la derecha del ombligo en donde el estómago formaba un tumor blando en que la presión brusca producía un ruido de gorgoteo suficiente para demostrar que los líquidos introducidos en este reservorio debían de tenerse en el extremo superior del intestino delgado..... buscó el obstáculo al curso de los alimentos, y por medio de tracciones pudo encontré un tumor organizado cuyo centro correspondía al píloro y cuyas extremidades se fundían en el estómago y en el duodeno.

El peritoneo estaba intacto y liso á este nivel no era lo mismo

en la porción del mesocolon que de allí partia á nivel del borde inferior de la curvadura gastroduodenal existia una prolongación del tumor compuesta de lobulillos irregulares que parecian salir de los tegidos peritoneales que componen el mismo mesocolon.

Reconocido bien el tumor incindimos entonces el estómago y el p yeyuno por encima y debajo del tumor teniendo cuidado de colocar antes pinzas en los vasos arteriales y venosos situados en su espesor, gracias á nuestras pinzas esta resección fué hecha como si digáramos en seco; quitamos lo mismo la porción de epiploon enferma alejándonos siempre lo mas posible del tumor sin hacer sin embargo pérdidas de sustancias inútiles; aproximamos enseguida por puntos de suturas de asas aisladas los labios divididos del estómago y duodeno despues de haber tenido todo el cuidado posible de adosar los labios reambersado dentro de la hojuela peritoneal.

Este tiempo fué un poco mas difícil de practicar que si se hubiera tratado de otra parte del intestino por que las tónicas propias del duodeno estaban adelgazadas, atrofiadas y la redondez de la

herida menos ancha que la del estómago y las tunicas estaban hipertrofiadas y dilatadas, todas las suturas fueron hechas con cargut para las primeras el nudo fué hecho hacia adentro del lado del intestino para las últimas que fueron los mas profundos comprendimos al mismo tiempo el epiploon en el asa de la sutura y los nudos quedaron fuera. Durante todo este tiempo los ayudantes mantuvieron fuera la porción de tubo digestivo sobre la cual era necesario operar y como hacia falta impedir el que los líquidos alterados que quedaban todavia en el estómago pasasen al peritoneo tuvimos cuidado de punccionar el estómago cerca de la pérdida de sustancias con un largo trocar por el cual las presiones metódicas que hicimos y las náuseas cloroformicas hicieron pasar estos líquidos mezclados con restos de alimentos que habian sido ingerido varios dias antes y que no estaban digeridos como si el jugo gástrico hubiese perdido sus propiedades digestivas. Gracias á la vigilancia de sus ayudantes pudieron hacer la operación sin que cayera una sola gota y pudieron cerrar á sin hacer la tuallet de la serosa.

La operación había durado dos horas y media, el enfermo fué agostado y mantenido caliente y tratado según las reglas que hemos expuesto para la gastrectomía :durante los dos días que siguieron nosotros no le dimos nada mas que enemas nutritivo hubo sin embargo algunos vómitos simplemente glerosos , al fin del segundo día le hicimos tomar alimentos que tomó con gran placer y retuvo en gran parte, lo mismo el tercer día sin embargo algunos de estos alimentos fueron vomitados con un poco de bilis indicadora del restablecimiento de la comunicación del estómago con las porciones subyacentes del intestino durante estos tres días el pulso está debil 96 á fin del tercer día se hace pequeño y mas frecuente 108 á 112 creyendo que esta debilidad era debida á la iranición prolongada y que no tendríamos tiempo para sostener las fuerzas los doctores Brochin y Barrier quisieron hacer la trafusión por la vena mediana cefálica derecha 50 gramos de sangre enseguida el pulso que estaba aciento 80 bajó á 110 estaba lleno y regular y la alegría había reaparecido; algunos alimentos líquidos lo mas nutritivo posibles fueron tomados

-185-

al mismo tiempo por la boca y el recto, al día siguiente habiendo vuelto el pulso á hacerse mas debil hizo Bernier por nuestro encargo una segunda trasfusión de 80 gramos, enseguida descendió otra vez el pulso que se hizo mas lleno y frecuente y tomó un poco de coloración.

Desgraciadamente en la noche del cuarto al quinto día nuevos síntomas de debilidad se manifestaron y cuando al día siguiente nos disponíamos á practicar la tercera trasfusión sanguínea con el fin de tratar de darle el tiempo necesario para reponer sus fuerzas no tuvimos tiempo de hacerlo y el enfermo murió á nuestra vista debido á la debilidad é inanición.

Tuvieron sus temores á la peritonitis no encontrando ningún síntoma que se lo hubiera hecho sospechar.

Hubiera sido muy interesante hacer la autopsia para saber lo que se habia hecho de la suturas y sobre todo la parte de hilos incluidos en el estómago si por ejemplo habian sufrido un comienzo de digestión, para ver si el estómago se habia contraído, si habia perito-

nitis adhesiva á otra, desgraciadamente se opuso la familia apesar de nuestras reiteradas súplicas.

Aunque como hemos dicho mas arriba no seamos partidarios en la incisión del estómago en los casos de cancer de este órgano no podríamos desaprobear las tentativas que se han hecho por cirujanos debidamente autorizados con el fin de buscar ó sustraer á una muerte pronta y cierta los numerosos enfermos que sucumben diariamente por esta afección. Nos parece que cuando el cáncer está limitado al píloro y tiende á llevar consigo la muerte por inanición esta operacion está justificada.

Aquí es la mas facil de ejecutar el momento mas favorable para operar será sin duda aquel en que los enfermos tienen bastante fuerzas para soportar un traumatismo como este y sobre todo para recuperar pronto sus facultades digestivas no será necesario esperar como en el caso actual á que el enfermo esté á punto de sucumbir por una inanición demasiado prolongada, en que el estómago estaba dilatado hasta el punto de descender hasta el pubis y el intestino delgado

en vías de atrofia; por desgracia los enfermos no tienen gran empeño en reclamar una operación que el cirujano no puede proponer en tanto que queden algunas esperanzas de ver prolongarse la vida algunos meses ó semanas sin intervención quirúrgica.

Es de presumir por otra parte, que si en un tiempo mas ó menos próximos llevados por el deseo de salvar á sus enfermos empujados ardientemente por estos y su familia entran con mas resolución que nosotros en este camino y llegarán á poseer indicaciones cada vez mas precisas sobre todo en lo que concierne á lasuturas.

Como para el intestino siempre nos parece racional para cerrar la herida adosar las serosas pero no cabe duda que es sobre todo de la manera de aplicar la sutura donde reside la mayor parte del éxito. Acaso sea preferible emplear sedas finas cuyos exitos en numerosas operaciones sobre animales vivos hemos comunicado en 1869 á la Academia de Medicina; y acaso sea preferible si se emplea la sutura servirse ó de hilos de seda muy finos ó hilos de cargut ó de hilos stálicos cortados al ras y pasados unicamente en las tónicas muscu-

lares respetando la mucosa mas bien que servirse del cargut que tambien tolera el peritoneo pero cuya reabsorción es acaso demasiado activa, es de sentir no poder haber hecho la anastomosis por haber sido rehusada.

Pedimos nuevas investigaciones sobre el modo de alimentación que mejor conviene á estos enfermos; sobre los servicios que puede dar en estos casos las transfusiones repetidas y tambien sobre lo que la fisiología experimental nos enseñará relativamente al estado de las funciones gástricas despues de la resección del esfinter pilórico. ¿No habrá una tendencia especial á la regurgitación ó una tendencia natural á la formación de un nuevo esfinter? .

Estas son cuestiones cuya resolución es de la mayor importancia para los progresos de la cirugía contemporanea.

Como se ve las preguntas que hacia Pean en el año 1879 en su artículo publicado en la Gaceta de los hospitales de París hoy están resueltas pues se sabe hoy dia todo lo que se refiere á la alimentación, manera de levantar las fuerzas del enfermo, en lo que cabe dentro del poder humano.

INDICACIONES DE LA GASTRECTEMIA

La Gastrectemia resección parcial ó total del estómago es una operación que está indicada en infinidad de afecciones gástricas de orden diferente y puede comprender la totalidad del estómago, la parte media ó una de sus extremidades cárdias ó piloro; y como en la Gastro-enterostomia hay que hacer dos grandes grupos: en indicaciones por causas malignas y enfermedades médicas llamadas benignas entre las primeras tenemos los tumores malignos localizados en el piloro caso muy frecuente, en la parte media del estómago ó en el cárdias y generalizado á todo el órgano caso tambien muy frecuente debido á la gran causa del abandono ; segundo los tumores benignos que toman esta localización son rarísimos, y en tercer lugar tenemos las úlceras del estómago, las del piloro produciendo estrecheces, el estómago bilingulado la dilatación gástrica ciertas gastritis crónicas fistulas

gástricas y la hernias de estómago; como se ve muchas por no decir todas son las mismas indicaciones que hemos dicho en la Gastro-enterostomía pero la que encaja mas directamente en esta operación es la primera pues se puede decir que todo tumor de estómago deberá ser quitado cuando anatómicamente se pueda y que el estado de caquexia del paciente no sea un obstáculo, y se puede añadir y decir que el cáncer del estómago no tiene otro tratamiento que el quirúrgico, y así llegaremos al extremo que Leriche aconseja la siguiente medida y dice "todo individuo que anda alrededor de 50 años, que se mantuvo bien hasta esa edad, que sufre del estómago sin razon de fenómenos gástricos despues de algunos meses y adelgaza deberá pensarse en un neoplasma despues de haber ensayado un tratamiento médico está indicada una laparotomía exploratriz " es frecuente rechazar la operación cuando el enfermo no bionita y es sabido que la característica de una de las formas mas frecuentes del cáncer del estómago es la de no producir vómitos sino secundariamente despues de un periodo de dispepsia común con tumor ó sin él. Estos tumores se implantan en sitio movable y se

fijan tardamente para exteriorizarse, estas son las mejores condiciones para poder hacer una resección extensa y curativa; y en los casos en que los enfermos vomitan y tienen el síndrome pilórico completo no hace falta fundar sobre la fijeza aparente de un tumor para decir que toda intervención es imposible, pues el ser movable por la palpación, es muy distinta de la movilidad que se aprecia después de habierto el vientre.

Sabemos las distintas vías que tiene para propagarse el cáncer del estómago: por continuidad de la misma pared estomacal, por vía linfática, por el peritoneo á los órganos vecinos ó por vía sanguínea: de las cuatro la primera es la mas rápida pero se puede combatir haciendo las resecciones lo mas amplias posible, la segunda manera de propagarse es por vía linfática: el estómago tiene cuatro redes importantes: formadas por los gánглиos de la pequeña curvatura, los de la gran curvatura, los de ligamentos gastro-colico y los pancreáticos: estos últimos son los mas difíciles de extirpar por encontrarse in-

crustrados en dicha glándula y su extirpación produce hemorragias que son difficilísimas de cohibir y se impone la sutura del tegido glandular ó la ligadura de la arteria esplenica en caso de hemorragia rebelde, estos ganglios pueden estar solamente inflamados pero como no se puede tener la certeza de si es esto solo ó estan infectados es conveniente al mismo tiempo de hacer la extirpación del tumor que le acompaña la de los ganglios; y cuando la propagación es por via sanguinea ó el peritoneo debe de evitarse toda operación radical y conformarse con la Gastro-enterostomia.

Hoy dia se tienen varios signos para saber si existe esta generalización; aumento del volumen del higado, ganglio subclaviculares y el varicocele sintomatico que indica una compresión de las arterias espermáticas por los ganglios preVertebrales.

Uno de los puntos que mas se ha estudiado es el que se refiere al diagnóstico del cáncer del estómago pues se aspira á poder hacer un diagnostico precoz fundandose en los sintomas funcionales, de dolor y vómitos de color mas ó menos negros, que indicaban la existen-

cia de una ulceración neoplásica, el corresponder las hematemesis con la anaclorehidria que constituyó despues de Carlo y Faustino un sintoma casi patognomónico del cáncer; y en los signos físicos de la palpación, sabida es con la gran frecuencia que se puede confundir un tumor de la cabeza del páncreas los del borde anterior ó cara inferior del higado, y los del mismo colon y hasta los riñones desprendidos pueden ser causa de estas equivocaciones en el diagnostico.

El examen directo de la cavidad estomacal por gastroscopias da resultados muy inciertos igual que la diafanoscopia que se ha dado el caso de diagnosticar por tumor lo que era un cuerpo extraño. La radioscopia tampoco sirve para diagnosticar la mayoria de las veces estos tumores, ultimamente se decia que se podía diagnosticar por radioscopia las ulceras de estómago haciendo tomar al enfermo una cierta cantidad de subnitrate de bismuto que este se adheria á la ulcera y no dejaba pasar los rayos. Boas ideó un proceder que es perjudicial á nuestro modo de ver pues consiste en introducir una sonda

en el estómago y ir buscando los límites del tumor ó úlcera; á primera vista se puede ver lo perjudicial que puede ser dicho procedimiento.

La dilatación del estómago tampoco es característica.

Boas consideró la presencia del ácido láctico después de la comida de prueba como un síntoma propio del cáncer Riel, Straus, Kiemperer, se levantaron contra esta afirmación y negaron el hecho pues en el caso de estenosis benignas puede verse la presencia del ácido láctico, y se puede decir que no es un síntoma específico, pues depende del concurso de varias circunstancias, la ausencia de secreción de ácidos clorhídrico y de la digestión pectica de una parte y de otra la estancación de lo ingerido dando lugar á la fermentación en el estómago y en los trabajos de Carle y Faustino se puede ver que solo un 7 % de enfermos no la presentan.

La ausencia de ácido clorhídrico libre después del alimento de prueba ha sido dado como un signo característico del cáncer. Este signo es inconstante Hammersehlang da la proporción de 90 anacrorini-

éricos sobre 100 cancerosos y Schule el 80 % y se puede decir que la hipócloridria y la anacloridria son igualmente encontradas en las simples úlceras siempre que hay una infiltración considerable alrededor.

El estado caquético acompañado de tinte de color pajizo tampoco es signo por que se suelen encontrar en estenosis benignas pero de todos modos es uno de los signos mas ciertos.

El estreñimiento, la disminución de orina y cantidad de urina no tiene nada de especial, pues se encuentran casos con lo contrario.

La ausencia de leucocitosis decían que si existía después de una comida de prueba compuesta de huevos y leche era patenomonica de cáncer Hartmann mas tarde dijo que se podía encontrar en todas las lesiones orgánicas del tubo digestivo en las cuales hay retardo ó cansancio de la absorción ya que sea debida á la insuficiencia motriz á la gastrostosis á una estenosis simple ó cancerosa ó á fermentaciones anormales á Soupau dice que no se puede dar importancia absoluta á la hipertrofia ganglional coincidente con lesiones del

estómago para hacer el diagnóstico del cancer.

En suma, se puede decir que ninguno de los infinitos síntomas que se le atribuyen al cancer del estómago como patenemónico, es cierto, pues en infinidad de casos se vé que faltan algunos de ellos, y solamente el conjunto de varios podrá hacer que se llegue á dicho diagnóstico.

Los tumores benignos del estómago, son extremadamente raros, no obstante, en Hold hizo la extirpación de un mioma,

Entre las afecciones benignas del estómago, que han sido, tratadas por la Gastrectomia, comprendemos la úlcera en evolución en las úlceras del cuerpo del estómago, la resección de la pared ulcerada, ha sido aconsejada, por Monprofit, J. H. Nouvalle & alguna vez se ha hecho la pilorectomia por úlceras de la región pilórica que ya fué practicada en 1881 por Rydigier y después por Jessop en 1895, Cháput en 1897, Jonnesco en 1902, Guillaud en 1905, pero en estos casos creemos está más indicada la Gastro-enterostomia por los resultados son inmedia-

tos, los vómitos cesan, los dolores son atenuados y la alimentación puede empezarse rápidamente.

También ha sido indicada en las úlceras complicadas, con hematemas grandes, tumefacciones periólcéricas, Doyen, Guinard, y O'Kister.

Cuando hay varias úlceras constituyen una contraindicación por no ser suficiente una resección, y entonces la Gastro-enterostomía dará grandes resultados.

Lo mismo puede decirse de las perforaciones de estómago por úlcera, y se encuentran gran número de casos en la memoria de Rodmon, y las estrecheces del píloro que cuando no sean debidas á cancer estará indicada la Gastro-enterostomía, no la resección parcial del estómago.

En suma, puede decirse que exceptuando los neoplasmas malignos y benignos, en todo lo demás la Gastrectomía está puesta en duda, pues los resultados obtenidos con la Gastro-enterostomía, son muy excelentes, á no ser que existan un carcinoma insertado en una úlcera anti-

gua, entonces, ya entra en el caso anterior.

En el estómago biloculado, está indicada pues conviene á remediar este estado y son los cirujanos partidarios de emplearlo, y se pueden decir que Hartmann en 1902, hizo una operación curiosa y muy importante, pues ejecutó una Gastrectomia anular por un estómago biloculado debido á una úlcera cicatrizada; en 1905 Jennesco, ejecutó esta misma operación con éxito; Marcel Baudouin en 1893, insistió sobre la resección parcial de la pared anterior del estómago como medio de tratamiento de la dilatación gástrica.

Las fístulas gástricas que pueden curarse por la simple incisión y sutura después del avivamiento de los bordes, también se indica la resección parcial, que comprende una parte de la pared del estómago, á nivel del orificio fistuloso; Billroth, practicó esta última operación; Petersen en 1880, presentó una memoria sobre el asunto.

En las gastritis sífilíticas Laxner en 1903 practicó una Gastrectomia casi total, pues extirpó las cuatro quintas partes del órgano,

el resultado obtenido, fué bueno, pues el enfermo, vivía después de dos años.

En las hernias del estómago se comprende que se puede resecar la parte de estómago, sobre todo si esta está enferma; un caso de los más antiguos es el que se encuentra en los archivos provinciales de cirugía de París, practicado por Ruggero Torelli en 1865, en un enfermo que recibió una puñalada, en la región epigástrica, produciéndole herida y hernia del órgano; y dicho cirujano, después de haber desbridado la herida abdominal resecó la porción herniada y suturó los bordes de la incisión.

En resumen: primero, que es necesario poder obtener un diagnóstico precoz si se presume la existencia de un cáncer, y en los casos de un tumor ó de una estenosis pilórica, se debe suprimir todo tratamiento médico, y recurrir á una intervención quirúrgica; segundo, que se puede esperar algún tanto en las ventajas obtenidas con la Gastrectomía en las estenosis cicatriciales de píloro, en las úlceras de estó-

uago, enfermedades en las cuales se debe emplear antes la Gastre-ent-
terostomia; y tercero, anotar tambien las operaciones hechas en afe-
ciones raras como tumores benignos, estómago biloculado, fístulas
gástricas, hernias gástricas &c.

Resultados de la Gastrectomia: sus resultados inmediatos son
cada dia más excelentes, gracias al perfeccionamiento general en
todo el arte quirúrgico, y así tenemos, que de 239 pilorectomias, ci-
tadas en la estadística de Haberkant que comprende desde el año
1880 al 1894, se obtienen los resultados siguientes:

Dividiéndolas en dos series, de siete años cada una, se vé, que
desde 1881 á 1887, la mortalidad total es de 63,8 % carcinomas, 107
casos, setenta muertos, ó sea 63,4 % de mortalidad; lesiones no can-
crosas, 14 casos, 6 muertos, ó sea el 42,8 %; segunda serie, desde
1888 á 1894, mortalidad total, 40,5 % carcinoma, 98 casos operados

42 muertes, ó sea una mortalidad de 42,8 %; lesiones no cancerosas 18 casos 5 muertos ó sea una mortalidad de 27,7 %.

Guinard, llega á una mortalidad de 35,39 % en los últimos 7 á 8 años; Czerni, en 29 Gastrectomias, 11 muertos Kronlin en 24,5 muertos; Carle, en 14 Gastrectomias, 3 muertos; Mikuliz, en 29 tiene 5; Kocher, en 30,5 muertos; Hartmann, en 10,4 muertos, en suma, de 127 casos no hay nada más que 33 muertos, ó sea el 26 %.

Kocher (de Berna) presentó en el XVII Congreso de Cirujía Francés de 1904, una estadística personal, de 99 resecciones de estómago, de las cuales, 45, han sido practicadas en los 6 últimos años, dando una mortalidad de 5 % y 20 de sus operados vivían en Octubre de 1904.

Monprofit, de 30 operados, 6 muertos ó sea el 20 por % que viene á ser, una cifra media, pero hay que tener en cuenta, que sus 15 primeros casos fueron los que le dieron esa mortalidad, pues en los restantes no obtuvo muerte alguna.

De todas cuantas estadísticas he podido ver, la más completa

tanto en número como de detalles, es la que presenta el Doctor Ramón Leriche, en un trabajo que titula, "Las resecciones de estómago por cancer" esta comprende la cantidad de 1239 resecciones pilorogástricas verificadas en los últimos ocho años, con una mortalidad de 326 ó sea el 25 %.

El cuadro siguiente que copio de dicho trabajo indica las estadísticas integrales de cada cirujano, é indica la mortalidad en globo de los principales cirujanos; hace la advertencia que no cita más que las series de más de diez casos y así tenemos

Rydgier	25	resecciones con	17	muerdos	68 %
Kummel	64	"	38	"	59,4 %
Caspersahn	20	"	11	"	55 %
Gussenbauer	39	"	20	"	51,4 %
Delore	19	"	8	"	42 %
Mikulicz	100	"	37	"	37 %
Hahn	28	"	10	"	35,7 %

Klaue	12	resecciones con	4	muertos	33,3 %
Roux	39	" "	13	"	33%
Koert	38	" "	12	"	31 %
Kraenlein	50	" "	15	"	30 %
Bruckhardt	34	" "	10	"	29,4 %
Kappeler	30	" "	8	"	26,6 %
Brunner	19	" "	5	"	26,3 %
Gouilloud	12	" "	3	"	25 %
Czerny	57	" "	"	"	24,6 %
Garre	26	" "	6	"	23 %
Wieselaverg	33	" "	7	"	21 %
Monprofit	25	" "	5	"	20 %
Hartmann	36	" "	12	"	20 %
Pappert	32	" "	6	"	18,8 %
Vautrin	18	" "	3	"	16,5 %

Ricard	13 resecciones con	3 muertos	15,2 %
Mayo	100 " "	14 "	14 %
Ribera	31 " "	11 "	

¿Cómo es que en España, la estadística de Gastrectomía, es tan poco halagüeña? la contestación la da el Doctor Ribera, que confía en la elección de los enfermos, pues yo he visto operar varias veces á cirujanos extranjeros y puedo asegurar, que no he visto nada nuevo, en cuanto asepsia, antisepsia y manual operatorio, sino que los enfermos llegan en mucho mejores condiciones por encontrarse en periodos no tan adelantados de su enfermedad, y siñó tenemos en último caso visto operar al Doctor Guinard: enferma de 68 años, 6 años de sufrimientos por úlcera, obliteración completa de píloro; el día antes de la operación, me dice, el Doctor Guinard que piensa hacer el procedimiento del Doctor Rusca, fundado en lo que le había contado con respecto á rapidez, círculo vicioso. & yo veía, que iba á tener mal debut en Francia dicho procedimiento, pues la enfer-

ma, como digo, al contar el caso en la Gastrectomía, estaba completamente demacrada y sin pulso, nó sólo para poder resistir una operación como la del Doctor Rusca, que no se le puede negar su rapidez sino la misma cloroformización; al día siguiente, llegué á la clínica, y fundado en esto mismo, me dijo, con la amabilidad que la caracteriza, á dicho cirujano, que desde estas cuartillas le envío mi agradecimiento, por la atención con que me ha tratado en mi estancia en París; que había cambiado de parecer, pues la enferma estaba muy mal y con pocas fuerzas; yo soy franco, me alegré en el alma, pues tenía mis miedos, y la operé por el procedimiento de Bodach, y el resultado fué que aquella misma noche, falleció, pues no reaccionó; y todos los casos que se presentan así á los cirujanos, les harán que sus estadísticas sean de un tanto por ciento que se igualarán y será, el ciento por ciento de muertos, que es muy distinto á presentar como dicen algunos, la cirugía de estómago con la mayor inocuidad, ó por lo menos como de no darle la importancia que en

realidad tiene.

Y es bien evidente, que la operación es más grave en los casos de cancer que cuando se trata de otra lesión. El disminuir la mortalidad, no hay que negar, que depende de los progresos, de la asepsia, antisepsia y perfeccionamiento técnico, pero sobre todo esto, lo que antes hemos dicho, la elección de los casos; también hay que tener en cuenta el gran número de lesiones benignas que se operan hoy día, y entran en la misma estadística de Gastrectomía; y se puede decir, que la Gastrectomía es una gran operación, sobre todo en el cancer del estómago, y que dará excelentes resultados cuando se opere á los enfermos antes de que lleguen al período de caquexia.

Como dato curioso, se puede ver lo que dice Hartmann y Terrier: "Que la mortalidad es más grande en el hombre (64,3 %) que en la mujer, (52,8 %) después de la estadística de d'Harbergkant y esta diferencia puede ser ó que la mujer resiste mejor la operación ó como dice von Hacker el diagnóstico se hace más rápidamente que

sobre el hombre, á causa de la flacidez de las paredes abdominales que permiten una palpación más fácil." De los 21 operados del Doctor Ribera, 17 eran mujeres.

Los casos vistos operar de Gastrectomia, son los siguientes:

Epitelioma de estómago. J.F. mujer de 35 años, Cartagena. En Mayo, empezó á tener fuertes dolores en el epigastrio, que se propagaban al hipocondrio, vómitos escasos al principio, después se fueron acentuando, y en algunos de ellos, pudo ver que su coloración, era negra como de posos de café. Por la palpación, se pudo apreciar, un tumor, movable, duro, no circunscrito, y doloroso. Este no seguía los movimientos respiratorios. Está muy demacrada, y tenía estreñimiento pertinaz. Hecho el analisis del jugo gástrico, se pudo ver la ausencia del clorhídrico, existiendo láctico, acético y nítrico. Fué operada el 25-1-1904. Con todas las precauciones de ordenanza y hecha la laparotomia mediana superior. El tumor, ocupaba, la cara posterior del estómago, las curvaduras y algunas adherencias con el pan-

creas, fué estirpado, quedando sólo la parte más alta de la tuberosidad mayor, parte de la curvadura menor, y el cardias. Marcha postoperatoria. La temperatura 36° con 4, pulso 100, el día 29 la temperatura por la mañana, 39°. el vientre ligeramente dolorido, por la tarde 37°5', falleció el 2 á las diez de la mañana. Verificada la autopsia, se pudo ver entre el estómago y la pared abdominal, un acceso, en el peritoneo, existia algo de líquido mal oliente,

Epitelioma de estómago. M. F. mujer de 46 años de Talavera de la Reina, desde hace muy poco tiempo, presentaba algunos trastornos del aparato digestivo, sin vómitos ni estreñimiento, en la región umbilical, se nota un tumor, de tamaño de una naranja, abollado y doloroso, que se acentua por la presión. Está desnutrida, el análisis de la sangre, R. 4.775.000 L. 13.300 el tercer día, el cuarto, R. 4.620.000 L. 16,600; día quinto, L. 24,000; día sexto L. 21.000; día octavo L. 19,000; día noveno L. 30.000. Fué operada el 4-3-1904. El estómago, estaba adherido por su cara anterior á las paredes

abdominales, la posterior por el pancreas. No fué posible aislar todo el duodeno, y la sutura comprendió tejidos alterados, la operación fué una Gastrectomia casi total. Después de operada, el pulso era muy pequeño y frecuente, á los dos dias, timpanismo, á los 5 dias aumentó este, acompañado de una gran disnea. La enferma falleció á las 4 de la tarde, la autopsia, demostró gran cantidad de pus dentro del estómago, y entre este y el mesocolon transversal comunicando ambas colecciones por la parte superior de la sutura, de unión del duodeno con el cabo cardiaco, que en dicho punto habia cedido.

Lesiones cicatriciales debidas á úlcera redonda. P. Q. 29 años, Logroño; dolores que aumentaban después de las comidas, que sólo se calmaban con los vómitos espontáneos ó provocados, estos siempre ácidos y algunas veces de sangre; diarrea y alterna con el estreñimiento, anemia muy intensa, imposible la palpación abdominal, por el dolor que se provoca. Análisis de la sangre; hemoglobina 65,

rojos 4.368,000; Leucocitos 4,500; operada el 22-4-1904, se comprobó la existencia de un tumor adherido á la pared abdominal; rotas estas adherencias, quedaba en su pared anterior, una perforación que asentaba, sobre tumor grande y el estómago, estaba biloculado. Estirpación y unión del cardias con el duodeno. Tuvo un gran colapso, que fué combatido por la cafeína, y la marcha post-operatoria, fué inmejorable, dada de alta el 16 de Mayo. Después de operada hubo aumento de glóbulos blancos, que llegaron á 15,400; el número de rojos, había descendido á 2.500,000; y la hemoglobina á 32. Estirpado el tumor, se vió que englobaba el píloro, y adherido á las paredes del estómago; abierto el estómago, se pudieron apreciar dos ó tres lenguetas, que dividían su cavidad, y fué preciso estirpar hasta el extremo de unir el cardias con el duodeno.

Epitelioma de la cara anterior del estómago. U.A. mujer de 48 años, 1 año de dolores, vómitos ácidos, más intensos después de comer y estreñimiento pertinaz. En la región epigástrica, tumor duro

que se extiende, parte superior derecha del epigastrio y llega por debajo del ombligo doloroso. Operada, 6-5-1905. Se pudo ver que el tumor comprendía la curvadura mayor y menor, el píloro y cara anterior del estómago. Gastrectomia de más de tres cuartos, se secciona por el duodeno, y queda el cardias y el fondo mayor; el duodeno muy adherido al pancreas, no se puede aproximar al fondo mayor. Anastomosis de este lateral, extensa, con una de las primeras asas del yeyuno, y exclusión del duodeno, Suero y cafeína. El mismo día de operada, excitada se quitó el vendaje; el roven día, falleció á las 4 de la tarde sin dolor ni ningún trastorno funcional. Los puntos de sutura supuraron y continuaba con un acceso peritoneal, entre las paredes y cara anterior del estómago. Las suturas automáticas, estaban intactas, y la cavidad absolutamente limpia.

Epitelioma del estómago; J. C. de 40 años; hace un año, dolores epigástricos intermitentes, vómitos ácidos, muy demorado, se nota á la izquierda del ombligo, un tumor profundo, y doloroso á la pre-

sión. Fué operado 1-1-1907, por el Doctor Gossé, el tumor comprendía la porción inferior del estómago y parte del duodeno. El páncreas, estaba también adherido; Gastrectomia anular, unión de cardias á piloro. Trasladado el enfermo en completo estado de colapso, el pulso, estaba á 106 y la temperatura 38°. Así continuó 4 días, hasta que un vómito sanguíneo, puso fin á tal estado. La autopsia demostró, que el estómago, estaba completamente lleno de sangre y que la hemorragia había sido producida por la punción de uno de los vasos al hacer la sutura estomacal.

C. R. de 46 años; 3 años, con dolores, muy acentuados y vómitos negros, eructos ácidos. por la palpación, se puede apreciar que haciendo presión sobre el apéndice cefoideas, se provoca un dolor muy agudo. Fecha la laparotomia, por el Doctor Guinard, se pudo ver la existencia en la cara anterior del estómago un pequeño nódulo que dió lugar á una Gastrectomia parcial, curó y al cabo un mes hacia su vida habitual.

Los resultados de la operación no se puede negar cuando se tienen casos de supervivencia de varios años como presenten todos los cirujanos tratándose de operaciones practicadas por cancer gástrico.

Cuando se hace una resección total, los operados, no pueden nutrirse, nada más que haciendo comidas en pequeña cantidad y muy continua cada dos ó tres horas pero al cabo de algunas semanas, pueden hacer estos enfermos las comidas completas. Terrier y Hartmann, dicen el haber visto formarse la terminación del esófago, un nuevo depósito y el caso de Schuchardt comunicado al Congreso Alemán de Cirugía, de 1895, en el que había regeneración del estómago resaca y ocho meses después de la operación se alimentaba como una persona completamente sana.

Los vómitos y rejurjitaciones no son muy frecuentes, al principio suele haber alguna rejurjitación, la enferma de Schlatter, a una hora después de una copiosa comida, un vómito abundante, tres semanas después de la operación; diez días antes había tenido un

vómito bilioso y un poco más tarde le repitió otro parecido; hecho el análisis de este último, demostró que la reacción era ácida, no encontró el ácido clorhídrico libre, pero sí el láctico, teniendo materias colorantes de bilis y ácidos biliares.

El tiempo tardado en pasar los alimentos por el tubo digestivo estará disminuido y más en la total, que en la parcial, pero Schlatter pudo ver la presencia de granillas después de 72 horas de ingeridas. Las materias fecales, no son modificadas ni en la consistencia, ni en la composición, igual que sea total ó parcial; los análisis químicos, practicados por Wrablewski demuestran pequeñas cantidades de azúcar que prueba que las materias albuminoides son bien reabsorbidas, los hidratos de carbono, normal, y el aumento de grasa en las heces lo atribuye á la alimentación de los enfermos.

Los análisis microscópicos los ha practicado Mr. Haben y no encuentra nada anormal; En la orina, disminución de los cloruros

encontrándose todos los demás elementos normales, pero hay que tener en cuenta, que la orina de los cancerosos es disminuida en cloruros.

En las resecciones pilorogástricas, el mejoramiento es rápido, pues aumentan de peso, la orina crece en cantidad y la proporción de la úrea viene á ser normal.

Shatein, Kocher, Hartmann señalan que los primeros días después de la operación, la insuficiencia pilórica con reflujo de líquidos intestinales en el estómago, así que es preciso acostar á los enfermos sobre el lado derecho, para que los vómitos producidos por esta causa, desaparezcan.

Para explicar, la continencia gástrica, muchas ideas, han sido dadas, Mintz que el intestino subyacente hace el papel de píloro, Carle y Fautino dicen, que la independencia mientras la digestión del cuerpo del estómago y del antro del píloro, atribuyendo el principal papel á la persistencia del esfínter que separa las dos posi-

ciones del estómago; Wolfler, en una autopsia practicada cinco años después de una pilorectomía, pudo encontrar en el nuevo píloro la existencia de un repliegue circular de 4 milímetros constituido esencialmente por fibras musculares.

La supervivencia, en la Gastrectomía, es grande, pues se presentan enfermos de siete y ocho años que fueron operados, pero para obtener estos resultados, hace falta haber podido hacer un diagnóstico precoz, y no como en España; Boas, funda sus indicaciones de la operación solamente en el adelgazamiento y el análisis del jugo gástrico, se podrían tratar muchos cancerosos, en su principio, pero más tarde cuando el tumor es palpable, no se dudará que haciendo resecciones extensas, se tendrá muchas probabilidades de éxito pero nunca como cuando se coje en su principio.

En los casos de lesiones benignas, á los pocos días, el estado del operado, es completamente satisfactorio, pues las complicaciones, como luego veremos, son raras, y la curación es indefinida.

Y en los tumores malignos se vé, que el enfermo mejora rápidamente después de la operación, y que si nó se mantiene indefinidamente es debido á como hemos dicho, se opera demasiado tarde, pero son muchísimos los casos, en que la vida se les puede prolongar, pues se vé que mueren al cabo de ciertos años, de una enfermedad intercurrente que no tiene nada que ver con su aparato digestivo.

Las causas de muerte en esta operación, vienen á ser las mismas que en las Gastro-enterostomias, peritonitis, complicaciones pulmonares, choc, fístulas y accesos sufrénicos, hemorragias, esfacelos del colon, estrangulamiento interno, accidentes gastro-intestinales; pero de entre todas estas causas, creo se deben entresacar las que suelen ser más frecuentes en esta operación; y así tenemos que la fístulas y accesos sufrénicos es un accidente relativamente frecuente, y los autores le dan poca importancia; en los procedimientos terminales ó término laterales, se suele encontrar la fístula gástricoduodenal; Terrier ha indicado como causa de esta fístula

la distensión secundaria del cabo duodenal, por el reflujo pasajero del contenido estomacal; y cuando la sutura duodenal, no está bien hecha ó algún punto falta por aflojamiento, suturación e. es facil de ver la peritonitis, generalizada; los pequeños accesos alrededor de la linea de sutura, los accesos sufránicos, y la fístula duodenal, todas estas complicaciones, se suelen presentar del cuarto al décimo dia con notoria elevación de la temperatura, tensión á nivel de la herida, más profunda y más localizada, que cuando se trata de una infección de la pared, siendo preciso soltar un punto ó dos para dar salida al líquido, y el enfermo suele morir en un periodo de tres semanas ó un mês.

Mr. Delore, aconseja un procedimiento que será muy util pero es defectuoso, que consiste en recubrir parcialmente la sutura, con un colgajo disecado, del peritoneo, nosotros creemos que con una buena sutura seroserosa, se obtienen todos estos beneficios, y es mucho

más fácil.

Las hemorragias suelen existir con alguna frecuencia, pues puede quedar una pequeña arteriola abierta, y se tiene la fiebre acéptica; cuando se hace un lavado en estos enfermos, se vé que el líquido extraído, está más ó menos teñido por sangre negra; pueden ser pequeñas hemorragias, que se cohiban ellas mismas, pero puede tambien que las suturas en contacto de estos pequeños hematomas, se infecten y se produzca en las venas, algún trombus y pueda producir la bronconeumonia, estos hechos conducen, á que se practiquen lavados del estómago, desde el día siguiente de la intervención, y si aparecen teñidos, hacer pasar una cierta cantidad de líquido caliente, esta es la práctica de Poppert.

El esfacelo del colon, se suele presentar en las casos de cancer adherido al mesocolon, la separación de estas adherencias conducen muchas veces, á separar el intestino grueso y separarla de los vasos nutricios.

Los experimentos de Lillen, Conheim, enseñan, que la separación en una longitud de diez á quince centímetros de mucosa, la parte de intestino, correspondiente á la misma, si se hace sobre una extensión más pequeña con tal de que se separen también los vasos nutricios; Terrier y Hartmann, después de las experiencias de Orchia, y de Chiarella, dicen es posible seccionarlo en una extensión de nueve centímetros experimentalmente será posible, pero prácticamente nó, pues á los enfermos que se les practica sin reseca el colon preventivamente se mueren de espasmo cólico; de todos modos es accidente es raro á pesar de poderse registrar casos en Czerny, Kappeler Koester y Roux.

Y entre los accidentes gastro-intestinales, tenemos, la dilatación aguda, después de la operación del estómago es debida á la retención de líquidos que se traducen en diferentes formas, ó porque los vómitos post-operatorios no aparezcan siendo tan frecuentes y los líquidos introducidos no son arrojados, dé lugar á esta compli-

cación que aparece al segundo ó tercer día, cuando se empieza la alimentación; cuando aparecen las rejurjitaciones líquidas mal olientes y de color aceitunado, y alguna vez vómitos abundantes, el enfermo muere de intoxicación, con el pulso pequeño, y la temperatura elevada. Las enteritis de estos operados, que llevan á estos enfermos al coma, es siempre producida por faltas en el régimen, alteraciones intestinales anteriores, por eso conviene la evacuación del contenido séptico, antes de la operación, pues la simple retención es lo suficiente para producirla.

Como en la Gastro-enterostomía, antes de practicar esta operación, hay que preparar al enfermo, para que pueda resistir en las mejores condiciones dicha operación, para lo cual, no se deben olvidar los lavados de estómago, y sobre todo su evacuación, pues respecto á lo primero, hay autores, que no están muy conformes en ello, pues estos dos procedimientos, tienen la ventaja, de vaciar completamente, el estómago del contenido séptico, y por otra parte, suprimir los residuos ali-

menticios tóxicos que por la nueva abertura pasarán rápidamente al intestino, y por tanto por la sutura recientemente practicada, y en las grandes condiciones para infectarse; por esta razón creo se debe practicar los lavados, dos ó tres días antes de la operación y sobre todo, la mañana misma, de la operación; la limpieza de la boca, la alimentación rectal, si el enfermo se nutre mal, las inyecciones de suero, cafeína, y algunos aconsejan hasta la digital, y Raquet, aconseja después de la limpieza, de la parte inferior del intestino, la mañana misma de la operación, un enema de café, con coñac.

Una vez hecha esta preparación, se procede á la laparotomía mediana y supra umbilical, después de la asepsia subsiguiente de la pared, lo suficientemente grande para poder permitir la exploración metódica y fácil, una vez el vientre abierto y el campo operatorio limitado por compresas ^{unidas} á la piel, por medio de pinzas, hace falta hacer un gran reconocimiento del estómago y sus conexiones; son muchos los autores que aconsejan este método, y Hacker dice que sólo

de este modo, es como se puede uno dar cuenta de las conexiones verdaderas del tumor, y su procedimiento, es el siguiente: ir directamente al píloro, y pequeña curvadura, mientras el ayudante separa con una compresa, el hígado hacia arriba, y con la otra mano retira, el estómago hacia abajo y á la izquierda, para ver la región pilórica. Se examina enseguida la región cardiaca, y la gran tuberosidad; una vez las lesiones conocidas, es preciso explorar la cara posterior del estómago, no contentarse con la palpación rápida á través del peritoneo, sino abrir por detrás el ligamento gastro-cólico, por debajo de la arteria gastro-epiploica, reconocer bien el estómago, y sobre todo, ver si hay adherencias sobre el páncreas, el estado del mesocolon, y examinar el estado del epliploon y los ganglios; y según el estado en que se encuentre el órgano, dependerá la operación que se elija.

La hemostasia preventiva; si se ha creído conveniente hacer una resección del estómago, será preciso, hacer una hemostasia preventiva

de todo el segmento que se piensa extirpar pues las arterias, están á lo largo de las curvaturas, se cogerán metódicamente entre dos pinzas, seguidas de ligaduras; las ventajas de esta hemostasia, no hay que discutir las.

Una vez practicada esta se procede á la extirpación del tumor que libre de las adherencias parietales, epliploicas, hepáticas, pancreáticas, intestinales y extirpación de los ganglios degeneraos se podrá hacer fuera de la cavidad, la operación, cubriendo nuevamente el campo operatorio con gasas, se procede á la oclusión del estómago, por evitar la salida, de su contenido si es que existe; la complexión manual ha quedado en la historia, y los complexores, de Heineke, de Rydigier, son sustituidos hoy, por las pinzas que pueden ser de Doyen, de presión elástica, Kocher emplea largos clamps de 17 17 centímetros, Hartmann, sustituye el modelo de Doyen, que son curvas ó pinzas rectas; otros por medio de ligaduras elásticas, como Caerny, Hawdon, y con seda por Schöde; unas pinzas largas, protegidas con

dos tubos de cauchout, y que abarquen las secciones, serán suficientes; la sección que todos están conformes en hacerla directamente, y no en dos tiempos, incisión sero-muscular, y después desplegamiento de la mucosa, y colocar una gasa por debajo de la porción asepticar; Lauenstein y Kocher, aconsejan empezar, por el lado duodenal, lo que hay que tener en cuenta es el practicarla, por lo menos tres centímetros de la infiltración pues es donde macroscópicamente, parece cesa la lesión.

Algunos aconsejan en este período, hacer un lavado de estómago como en la Gastro-enterostomía, pero creemos será un medio de producir, con suma facilidad, una infección del peritoneo; una vez el tumor extirpado, se cubrirá con gasas los muñones, aunque se piensa hacer, una reunión término terminal, pues siempre protegerán y limpiarán los bordes. Se procede á la sutura, que podrá hacerse con seda ó cargut, generalmente la primera; Leriche, dice que no se debe temer á la reaposición rápida del cargut, pues es más fácil de

esterilizar y que no tienen inconveniente de infectarse en contacto de la mucosa; se pueden practicar en dos planos la sutura y esta puede ser entrecortada y continua, pero lo mismo que en la Gastro-enterostomía preferimos la continua, con puntos de refuerzo, y hecha con aguja cilíndrica y levemente curva, ó recta, como la emplea siempre Cossé, Poncet con una fina de Reverdin, todo depende de la habitud de practicar las suturas, hay quien emplea los botones de Jaboulay, es cierto que se puede ganar diez ó quince minutos, pero tiene grandes inconvenientes la sutura.

Una vez terminada esta se procede á la colocación del estómago en el abdomen y la operación queda terminada haciendo la sutura, de la pared abdominal.

Cuidados post-operatorios: en las clínicas de París, este es el que siguen: trasladado el enfermo á su cama, se siguen los mismos cuidados que para la Gastro-enterostomía, el calor, las inyecciones de cafeína y alcanfor, y sobre todo el suero para evitar el choc, que

hoy día no es tan frecuente; por la tarde, se le puede permitir tomar algunos sorbos de líquidos sin gases, y al día siguiente, conviene sentar al enfermo apoyado sobre las almohadas para prevenir el hipóstasis, se continuarán los enemas nutritivos, hasta el tercer día, en que se podrá dar leche mezclada con agua de Vichy, para empezar lo más rápidamente con los huevos, caldos á pequeñas dosis, y á la menor señal de intolerancia convendrá hacer un lavado de estómago, con el objeto anteriormente citado de desembarazar las materias fermentecibles, y al octavo día empiezan con la alimentación sólida, vigilando al enfermo, y dicen, que de ordinario no hay que arrepentirse de obrar en esta forma, pues algunos llegan á darles, más pronto de comer; Roux, según hemos dicho anteriormente, dá de comer á sus enfermos desde el día siguiente á la operación, todo cuanto les apetece, á los doce ó quince días, se puede quitar la sutura abdominal, pues en estos enfermos caquéticos, la cicatrización suele ser más tardía

No dudar en hacer un lavado ó por lo menos un drenaje del estó-

nago por las innumerables ventajas; Popper, Brunnings, lo aconsejan con gran insistencia en los tres ó cuatro primeros días de la operación dos veces por día, los primeros lavados el líquido sale un poco colorado por la sangre, y la secreción gástrica y después se vá disminuyendo el número de lavados.

Las pequeñas elevaciones de temperatura que se observan los primeros días no deben de alarmar, si el enfermo no vomita y sus intestinos funcionan, pues esta es debida á la retención de líquidos y sangre en el estómago en las 16 ó 18 primeras horas.

Las complicaciones que pueden ocurrir, quedan ya expuestas, en general los enfermos se mejoran rápidamente, pues comen de todo sin el más pequeño trastorno, y á partir de la segunda semana, el peso aumenta rápidamente, en casi todos los casos próximamente alrededor de cinco kilos las tres primeras semanas, y al cabo de seis meses, la curación es definitiva.

El estómago después de esta operación presenta, pereza, é incon-

tinencia pilórica; poco á poco el estómago recobra su inmovilidad, y hasta se vacia más rápidamente en estado normal, el nuevo esfínter es formado como decíamos en la Gastro-enterostomía.

En el examen de más de cien casos, se puede ver, que la acidez total es débil (entre 0,20 y 0,30). El ácido clorhídrico, falta casi siempre en (92 %) el ácido láctico se encuentra rara vez.

Mayem, enseña; en todos los enfermos antes y después de la neoplasia, se hacia una transformación mucosa, del epithelium gástrico, que era condición de la hipopepsia.

En todo caso el quimismo hipocido no significa nada bajo el punto de vista de recidiva es una lesión atrófica irremediable.

PORTE EXPERIMENTAL

Con el objeto de cerciorarme de las ventajas que puedan tener los procedimientos operatorios y las aplicaciones á la clínica de cada uno de ellos, he emprendido algunos experimentos en los perros. En primer término he operado unos perros con el objeto de convenirme si en los procedimientos de Gastrostomía bastaba con los más sencillos ó bien era necesarios recurrir á los procedimientos de esfínter artificial, fistulización oblicua etc.

PRIMERA EXPERIENCIA:

Perro de 17 kilos, talla regular, nutrición buena, operado el día 28 de Enero del presente año: anestesia cloralo-morfínica: Gastrostomía por el procedimiento de Terrier; incisión paralela al reborde costal; la sutura del estómago á la pared, costó algún trabajo, pues el estómago era pequeño, este fué abierto dando salida á gran cantidad del líquido, sutura de la mucosa con la piel,

sonda permanente.

Alimentación con leche por la sonda; se levantó el vendaje al tercer día el orificio estaba oradado por el jugo gástrico; había incontinencia de líquidos; el curso post-operatorio, fuera de esto, normal.

El perro perdió bastante de peso, diez días después de la operación pesaba catorce kilos.

La fístula gástrica se agrandó extraordinariamente llegando a permitir el paso del dedo pequeño, incontinencia absoluta de líquidos, el perro fué muerto por el cloroformo veinte días después de operarlo.

OBSERVACIÓN SEGUNDA: Perro de veinte kilos, talla grande algo deunuido operado el día 10 de Febrero, anestesia como en el caso anterior; operación por el procedimiento de Terrier, con fístula muy pequeña, y sin sonda permanente; alimentación igual que en el anterior

poniendo la sonda cada vez que se daba alimento líquido, el alimento, era retenido en su mayor parte, el orificio de la fístula, permaneció sin ulcerarse, el perro perdió de peso, kilo y medio en los diez días siguientes á la operación.

El orificio de la fístula, permaneció bien cerrado, se demacró menos que el anterior, y se le mató por el cloroformo veinte días después.

OBSERVACIÓN TERCERA: Perra de diez kilos, bien nutrida, operada el 19 del mismo mes; Gastrostomía por el mismo procedimiento que las anteriores: anestesia, alimentación, el curso postoperatorio, como en el caso anterior.

Según estos experimentos, podemos decir; primero, que la Gastrostomía experimental, hay gran demacración: que pueda ser en el enfermo, no sea tan marcada, puesto que en estos enfermos de estómago el régimen lácteo, es ya en ellos habitual: segundo, que dá garantías suficientes de continencia gástrica, el procedimiento sencillo de Teresi

sin sonda permanente.

GASTRO-ENTEROSTOMIA.

En esta intervención, considerandola como intervención de urgencia en las hemorragias, y perforaciones de estómago, hemos querido comprobar, las experiencias practicadas por mi maestro el Doctor Ribera, referentes á la continencia ó no del estómago, inmediatamente después de la intervención.

OBSERVACIÓN PRIMERA: Perro de 8 kilos, bien nutrido, operado el 28 de Febrero; la técnica que se empleó fué la siguiente: abertura del vientre, colocación de una ligadura á nivel del píloro, Gastro-enterostomía por el procedimiento de Roux: inyección de leche en el estómago por punción de su pared, por medio de una jeringa; la cantidad de leche inyectada, fué un cuartillo: muerte del perro á la media hora de la operación; en las suturas intestinales, nada había pasado, pero el estómago tenía toda la leche inyectada.

OBSERVACIÓN SEGUNDA: Perro de 15 kilos, operado el 6 de Marzo, Gastro-enterostomía por el procedimiento de Roux, con ligadura de píloro,

inyección de leche, como en el caso anterior c.c. se mató el perro á las dos horas, sólo quedaba en el estómago algunos coágulos pequeños de leche.

OBSERVACIÓN TERCERA: Perro de 13 kilos, talla grande, bien nutrido, Gastro-enterostomía por el procedimiento de Rusch, con ligadura del píloro, anestesiado en la misma forma, inyección de leche c. se mató el perro á las dos horas, el estómago aún contenía bastante leche.

OBSERVACIÓN CUARTA: Perro de 30 kilos, operado el 18 de Marzo; Gastro-enterostomía por el procedimiento de Hartmann, ligadura de píloro c. anastomosis á la cara posterior inyección de leche como en el caso anterior, muerto el perro á las dos horas, todavía contenía leche su estómago.

De estas experiencias, se puede decir, con nuestro maestro, que la Gastro-enterostomía, determina la formación de un nuevo píloro, el cual no deja pasar los alimentos inmediatamente que estos llegan al estómago, tardando en vaciarse esta viscera, por su nuevo orificio,

tanto, ó poco menos, que por el orificio pilórico normal, de manera, que como procedimiento que sirva para obtener un reposo del estómago, no se debe aplicar; pudiendo añadir, que en este resultado, no influye el procedimiento operatorio, puesto que hemos obtenido el mismo resultado con el abocamiento terminal, que con el procedimiento de Roux, con el procedimiento valvular de Rusca, y con el procedimiento de abocamiento lateral, de Partmann; no sirviendo por tanto esta operación como intervención de urgencia en las hemorragias perforaciones ó dolores intensísimos.

CASTRECTOMIA.

El problema en esta intervención es la gran dificultad que se encuentra siempre para suturar las dos porciones del estómago, después de hecha la extirpación, pudiéndose decir, si es más conveniente hacer esta sutura, ó cerrar ambos cabos y hacer una Gastro-enterostomía, complementaria.

OBSERVACIÓN PRIMERA: Perro de 30 kilos, bien nutrido, anestesia cloralmorfinica. Extirpación de la región pilórica del estómago, en

forma de un segmento anular de 5 centímetros, sutura, término-terminal, que resultó bastante difícil de hacer, alimentación del perro, a las 24 horas, de la intervención, se le mató al segundo día de operado; la sutura estaba tensa, algunos puntos, habían desgarrado la pared estomacal, sin embargo, ninguna partícula alimenticia se veía en el peritoneo,

OBSERVACION SEGUNDA: Perra de 20 kilos, anestesiada cloralomorfínicamente, extirpación anular del píloro y del estómago, en una extensión de 7 centímetros; sutura de ambos cabos, Gastro-antrostomia posterior por abocamiento lateral, alimentación a las 24 horas de operada, muerta al segundo día después de la intervención; las suturas bien coaptadas, el peritoneo limpio.

OBSERVACIÓN TERCERA: Perro de 21 kilos, anestesia como de ordinario, la Gastrectomia como en la observación anterior, extirpación de 7 centímetros, sutura de ambos cabos, Gastro-antrostomia posterior por abocamiento lateral, alimentación como en el caso anterior, muerto al

muerto á los dos días de la intervención; las suturas perfectamente coaptadas y sin tensión,

De estas experiencias, se puede decir, primero, que cuando la resección sea pequeña, es cuando únicamente, se debe acudir á la Gastrectomia término-terminal; segundo, dá mejores garantías de seguridad, queda mejor, adaptadas las suturas y la técnica es más fácil en la Gastrectomia, con Gastro-enterostomia, complementaria.

CONCLUSIONES.

PRIMERA: La Gastrostomía está indicada: A. Como tratamiento paliativo, de las afecciones cancerosas del esófago. B. Como operación previa, para el tratamiento, de las estenosis no cancerosas del esófago.

SEGUNDA: De entre todos los procedimientos, el más sencillo es el preferible; de ellos, el de Terrier, sin sonda permanente; ó el que usa Guinard, y que he visto practicar en las clínicas del Hotel Dieu á este cirujano; me parecen los mejores.

TERCERA: La Gastro-enterostomía, resulta indicada para las afecciones no neoplásicas, malignas, con estenosis total ó parcial del píloro, en cuyo caso, la operación resulta curativa, ó como tratamiento paliativo, en las afecciones carcinomatosas, malignas, en las que domine el síndrome de obstrucción pilórica, Como tratamiento de afecciones médicas, gastritis, linitis, &c. no dá grandes resultados, aunque debe prac-

ticarse, cuando un tratamiento médico bien seguido, no hubiera dado resultado.

CUARTA: La Gastrectomia, tiene su principal indicación, como tratamiento de los tumores malignos, del píloro, siempre que sean limitados, y el estado general del enfermo, consienta la intervención; si se ha aplicado alguna vez, á las afecciones benignas, úlcera, estómago bilocular, etc. se pueda decir, que en estos casos, se trata de una indicación excepcional.

QUINTA: En caso de duda, de afección cancerosa, aunque ~~se~~ se pueda fundamentar, el diagnóstico de tumor maligno, por la edad del enfermo, una historia patológica de estómago, larga, y algún síntoma de cancer de estómago, hipoacidéz, dolor en la región pilórica y algunos vómitos de alimentos á poco de ingeridas, se debe plantear la intervención con la seguridad, de que la mayoría de las ocasiones, sería posible hacer la excisión de las neoplasias malignas del estómago en periodo todavía curables por el procedimiento operatorio.



Madrid 12/Junio 1907
José de Arango

Admisible
Boriqueros

Leonor
Carrillo

Li de
Calleja

27 junio 1907

Vaife el ginio del grado de
Doctor y otorga la calificación de
Sobresaliente



Julian Calleja

Isidoro Rodrygo
G. Amador

CATWING

Manuel de la Cruz

Leonor Lore
El Secret.
Boriqueros

BIBLIOGRAFIA

- Blondlot. Tratado analítico de la digestión 1843 Paris.
- Sedillot. La gastrostomia fistulosa . Academia de Ciencias 27-7-1846.
- Cocher. Cirugia operatoria . Lehre 1897.
- Terrier y Hartmann. Cirugia del estómago 1899.
- Doyen. Tratamiento quirúrgico de las afecciones de estómago y duodeno, 1895 Paris.
- A. Monprofit. La gastro-enterostomia. 1903.
- A. Degorge. Indicaciones y resultados de la gastro-enterostomia en la gastro-sucorrea 1902. Paris.
- Luis Lerroy. Indicaciones de la gastro-enterostomia en las afecciones no cancerosas del estómago 1902. Paris.
- Luis Pinatellé. Estudio de las indicaciones en la gastro-enterostomia 1902. Tesis de Lyon.
- René Leriche. Remisiones de estómago por cancer.

Pean. Gaceta de los hospitales de Paris 1879. (1ª operación de piletomía sobre el hombre).

Quinard. La cura quirúrgica del cáncer del estómago 1898 Paris.

Th. Tuffier. Cirugía del estómago 1907.

M. Saupant 1906. Enfermedades del estómago.

Debove y Renault. Úlcera de estómago 1892.

A. Vezillaegen. Secreción gástrica, fisiología y tratamiento 1898 Paris.

L. Pourgent. Enfermedades del estómago 1907,


Berard. Gastrectomía por cáncer 1906. Lyon.

Berard. Gastrectomía por estenosis pilórica 1906 "Eyor Medical".

Monprofit. Resultados é indicaciones de la gastrectomía. Archivos provinciales de cirugía Paris 1906.

Monprofit. Manual operatoria de la gastrectomía. Archivo provincial Paris 1906.

Sencerr. Perforación de estómago. Revista Medical del Estado. Nancy 1905.



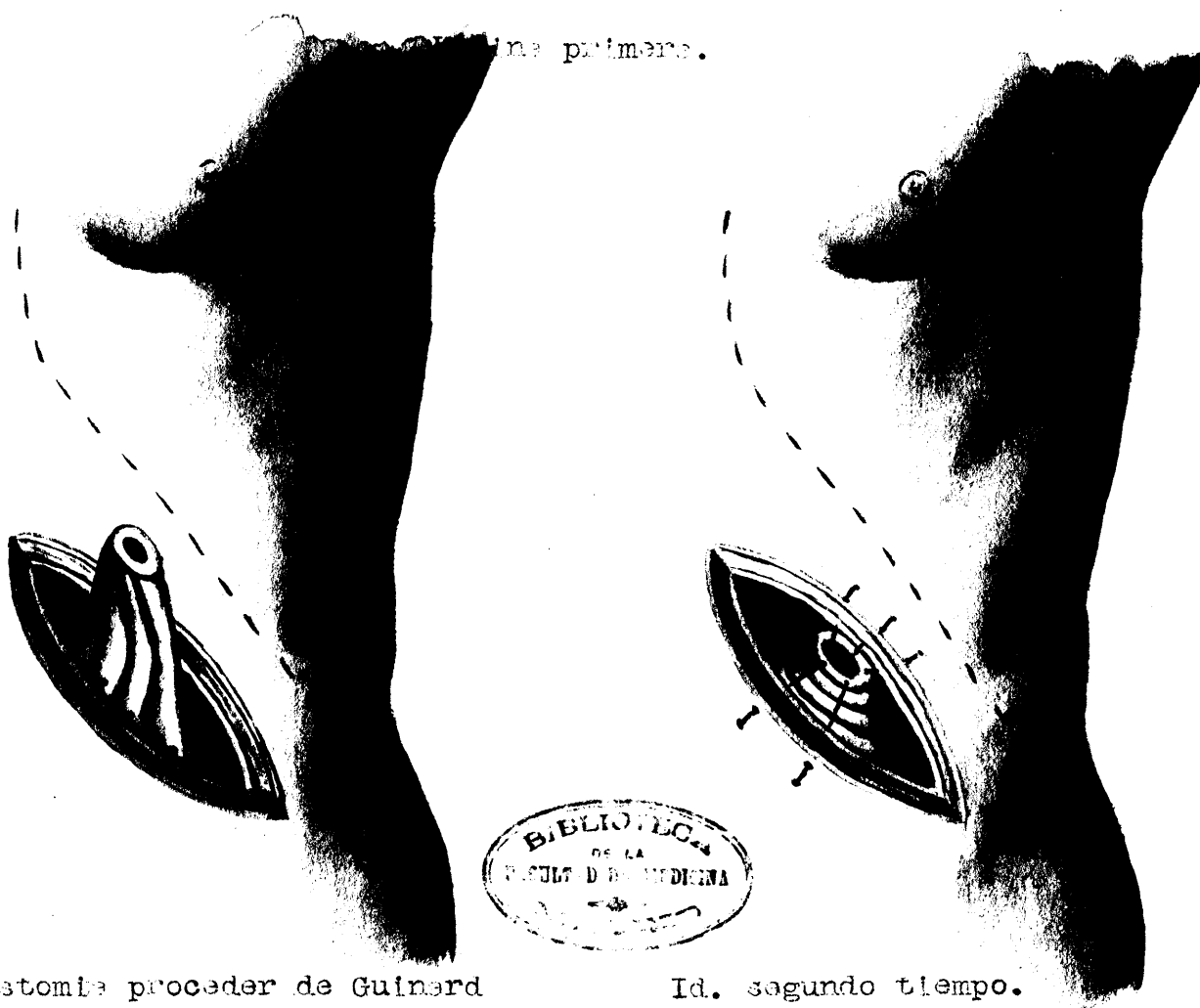
Tixier. Estenosis neoplásica del píloro sobre una mujer de 33 años
Lyon Medical 1906.

José Ribera algunas reflexiones acerca de la cirugía gástrica Dis-
curso de la Real Academia de Medicina 1907. Madrid.

Francisco Busca. Circulo viciosa en la gastro-enterostomia 1904.

Diogenes Desud. Gastro-enterostomia en la ulcera y cáncer de estó-
mago 1907 Buenos Aires.





Gastrostomía proceder de Guinard
primer tiempo.

Id. segundo tiempo.

Lámina segunda.

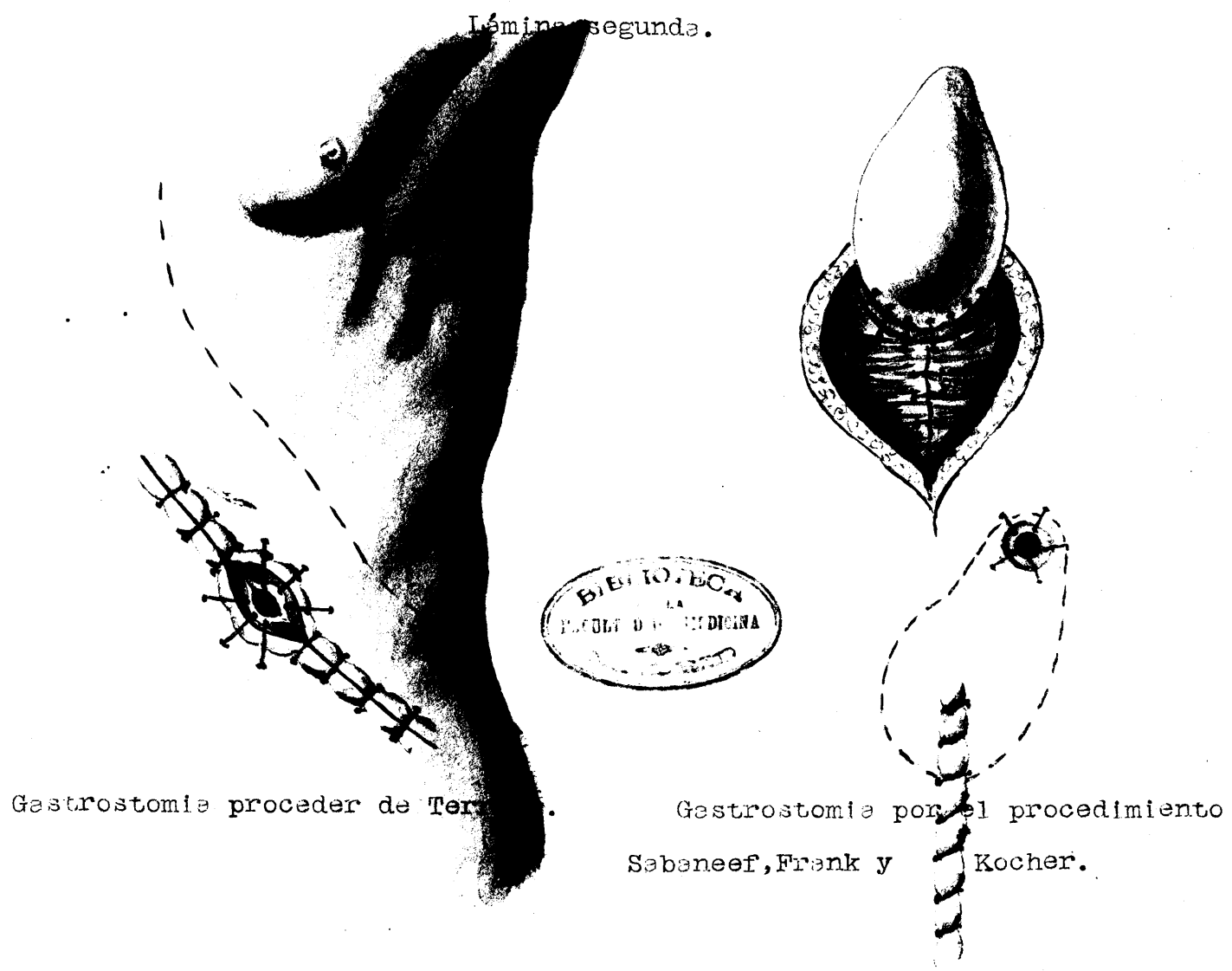
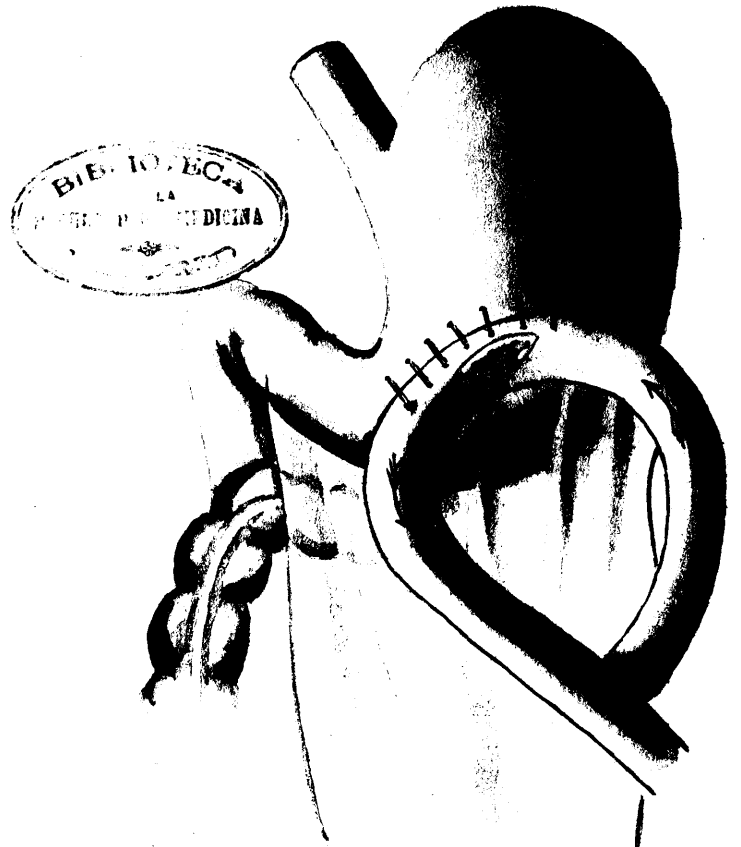


Lámina tercera.



Gastro-enterostomía de Roux según queda después de la intervención.



Gastro-enterostomía anterior precólica (Hartmann)

Lémina cuarta.



Gastro-enterostomia retrocólica
posterior procedimiento valvular de
Rusca.



Gastro-enterostomia retrocólica
anterior de Roux.

Lámina quinta.



Gastrectomia látero lateral.